N° D'ORDRE 75

ANNÉE 1966

ESSAI D'ETUDE STATISTIQUE DE LA POPULATION MANIACO-DEPRESSIVE HOSPITALISÉE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER DE 1900 A 1959

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Juin 1966

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Monsieur Maurice SCHEIBLING

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 28 Février 1934 à KUTTOLSHEIM (Bas-Rhin)

N° D'ORDRE ANNÉE 1966

ESSAI D'ETUDE STATISTIQUE
DE LA
POPULATION MANIACO-DEPRESSIVE
HOSPITALISÉE A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
DU VINATIER
DE 1900 A 1959

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE

ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Juin 1966

POUR OBTENIR

LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Monsieur Maurice SCHEIBLING

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

né le 28 Février 1934 à KUTTOLSHEIM (Bas-Rhin)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires :

M. J. LEPINE - Membre de l'Institut
M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J.F. CIER

Assesseurs : M. M. LEVRAT
M. L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL - LEPINE - TRILLAT - MOURIQUAND - GARIN - GATE - MARTIN - GABRIELLE - SANTY - DUCLOS - GUILLEMINET - HERMANN - ROCHET - POLLOSSON - ENSELME - WERTHEIMER - SARROUY.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie

P E R S O N N E L D E L A F A C U L T E

Doyens Honoraires :

M. J. LEPINE - Membre de l'Institut
M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J F CIER

Assesseurs : M. M. LEVRAT
M. L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL - LEPINE - TRILLAT - MOURIQUAND - GARIN - GATE - MARTIN - GABRIELLE - SANTY - DUCLOS - GUILLEMINET - HERMANN - ROCHET - POLLOSSON - ENSELME - WERTHEIMER - SARROUY.

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PICHAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUPIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie

MM.	CREYSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
	DARGENT	Clinique carcinologique
	GUICHARD	Anatomie pathologique
	GIRARD Paul	Pathologie générale et expémimentale
	LATARJET	Anatomie
	PEYCELON	Clinique chirurgicale B
	GIRARD Marcel	Clinique médicale D
	VACHON	Pathologie médicale
	GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
	PAPILLON	Radiologie
	JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
	GONIN	Thérapeutique
	MONNET	Clinique médicale infantile B
	BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
	CHATONNET	Physiologie B
	GUINET	Clinique endocrinologique
	TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
	FREIDEL	Clinique stomatologique
	MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantile
	DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
	DUMONT Louis	Histologie et embryologie
	PERROT	Chimie
	CIER J.F.	Physiologie A
	PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
	MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
	MATHIEU	Clinique gynécologique
	FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
	BERTOYE	Clinique des maladies infectieuses
	VIGNON	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
	CIER André	Pharmacodynamie
	VINCENT D.	Biochimie appliquée
	X	Chimie biologique et médicale
	X	Bactériologie
	X	Pathologie chirurgicale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.	BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
	MANSUY	Neuro-chirurgie
	COLLET	Chimie générale et parmaceutique
	LACROIX	Hygiène et climatologie
	LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
	LECUIRE	Neuro-chirurgie
	REVOL	Hématologie
	GOINARD	Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale
	PONT Maurice	Médecine générale
	TRAEGER	Pathologie métabolique et rénale

MM. CREYSSEL — Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT — Clinique carcinologique
GUICHARD — Anatomie pathologique
GIRARD Paul — Pathologie générale et expémimentale
LATARJET — Anatomie
PEYCELON — Clinique chirurgicale B
GIRARD Marcel — Clinique médicale D
VACHON — Pathologie médicale
GALY — Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON — Radiologie
JEUNE — Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
GONIN — Thérapeutique
MONNET — Clinique médicale infantile B
BANSSILLON — Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET — Physiologie B
GUINET — Clinique endocrinologique
TRILLAT — Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL — Clinique stomatologique
MARION Joseph — Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantile
DORCHE — Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT Louis — Histologie et embryologie
PERROT — Chimie
CIER J.F. — Physiologie A
PERRIN J. — Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre — Clinique de chirurgie cardiaque
MATHIEU — Clinique gynécologique
FAUCON — Biologie médicale et pharmacodynamie
BERTOYE — Clinique des maladies infectieuses
VICHON — Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie socia
CIER André — Pharmacodynamie
VINCENT D — Biochimie appliquée
X ..... — Chimie biologique et médicale
X ..... — Bactériologie
X ..... — Pathologie chirurgicale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER — Physique nucléaire appliquée à la médecine
MANSUY — Neuro-chirurgie
COLLET — Chimie générale et parmaceutique
LACROIX — Hygiène et climatologie
LIARAS — Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE — Neuro-chirurgie
REVOL — Hématologie
GOINARD — Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expéri-
PONT Maurice — Médecine générale — mentale
TRAEGER — Pathologie métabolique et rénale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	ROMAN	Parasitologie
	FEROLDI	Anatomie pathologique
	MORET	Physique biologique
	ODDOUX	Botanique et cryptogamie
	de SOLLIERS	Chimie analytique
	DESPIERRES	Médecine générale
	GARIN	Parasitologie
	TOLOT	Médecine du Travail
	THIVOLET	Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM.	CREYSSEL Roger	Chimie biologique
	PINET	Electro-radiologie
	GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
	DESCOTES	Chirurgie générale
	JOUVET	Pathologie expérimentale
	PEYRIN	Physique biologique
	TOMMASI	Anatomie pathologique
	BUFFARD	Electro-radiologie
	LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
	de MOURGUES F.	Stomatologie
	NAUSSAC	Maladies infectieuses
	REBOUILLAT	Chirurgie générale
	ROMAGNY	Pédiatrie
	DELAHAYE	Médecine générale
	DELEUZE	Anesthésiologie
	GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
	MICHEL	Anesthésiologie
	FRANCOIS	Pédiatrie et puériculture
	MICHOULIER	Chirurgie générale
	COLOMB	Dermatologie
	LAMBERT	Médecine générale
	FRIES	Médecine générale
	GILLY	Pédiatrie
	ROBERT	Médecine générale
	BOUCHET	Anatomie
	BETHENOD	Pédiatrie
	GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
	KALB	Pneumo-phtisiologie
	LARBRE	Pédiatrie
	SOUSTELLE	Chrirurgie générale
	VIALA	Médecine générale
	VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553410_0020

MM.	GIROD	Histologie et embryologie
	GRAS	Chimie biologique
	MALLEIN	Chimie analytique
	COLIN	Médecine légale
	BERTRAND	Chimie biologique
	MARET	Chirurgie générale
	VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
	CHOLLAT	ELectro-radiologie
	FLEURETTE	Bactériologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES SPECIAIRES

MM.	FAVRE-GILLY	Hématologie
	RIFFAT	Hygiène
	FLANDROIS	Physiologie
	ROLLET	Pharmacie galénique
	BIZOLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM.	MARION Pierre	Chirurgie générale
	BONAMOUR	Ophtalmologie
	de MOURGUES Georges	Chirurgie générale
	DEVIC	Médecine générale
	DUMONT Martial	Obstétrique
	DURAND	Urologie
	FRANCILLON	Chirurgie générale
	SAUBIER	Chirurgie générale
	SCHOTT	Neuro-Psychiatrie
	ALLEGRE	Neuro-chirurgie
	CHASSARD	Electro-radiologie
	FAYSSE	Orthopédie
	GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
	GARDE	Médecine générale
	HUGONNIER	Ophtalmologie
	MORNEX	Médecine générale
	MOUNIER-KUHN Alain	Chirurgie générale
	NORMAND	Médecine générale
	PERRIN André	Médecine générale
	DUMAS	Stomatologie
	GARMIER	Obstétrique
	NOEL	Médecine générale
	SCHNEPP	Orthopédie
	NOTTER	Gynécologie obstétricale

Examinateurs de la Thèse :

- Président : M. le Professeur DECHAUME
- Assesseurs : MM. le Professeur REVOL
  le Professeur BERGER
  le Professeur Agrégé GUYOTAT

* * *
* *
*

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME

Professeur de clinique neuro-psychiatrique et d'Hygiène Mentale.

Il nous a aidé dans notre premier contact avec la psychiatrie, quand nous étions externe dans son service.

Nous le remercions vivement de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR REVOL

Il nous a toujours reçu avec une aimable simplicité. Nous avons apprécié sa profonde connaissance des problèmes de l'Hôpital Psychiatrique.

Nous le remercions d'avoir bien voulu participer à notre jury.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Nous lui exprimons notre reconnaissance d'avoir bien voulu juger ce travail.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOTAT

Interne dans son service, nous bénéficions encore de son contact enrichissant et de sa culture psychanalytique. Nous espérons que ce travail l'intéressera, sachant que les préoccupations de statistiques psychiatriques ne lui sont pas étrangères.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PY

Nous avons poursuivi ce travail statistique dont il avait jeté les bases. Nous lui devons notre initiative à la psychiatrie hospitalière.

Qu'il en soit ici remercié.

A MONSIEUR René PUPIER
Maître-Assistant à la Faculté des Sciences de Lyon.

Nous le remercions de son aide précieuse pour ce travail.

A NOS MAITRES DE L'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSOLLE

Il fut l'un de ceux qui ont ouvert la voie à cette étude.

Nous le remercions en outre d'avoir permis nos débuts dans le monde passionnant de la criminologie.

MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUJARD

Nous avons admiré la qualité de sa relation avec les malades psychotiques. Nous lui exprimons notre reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR BALVET

Nous avons pu bénéficier de la richesse de sa pensée et de son intuition profonde du malade mental. Nous avons admiré la vigueur toujours jeune de sa recherche. Nous lui exprimons notre gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOR

Son aide nous est précieuse dans l'abord des problèmes psychothérapeutiques. Nous l'en remercions vivement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE COLIN

Nous avons bénéficié de la richesse de son enseignement et de sa vaste culture.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL DU VINATIER

Monsieur le Docteur REQUET
Monsieur le Docteur BERTHIER
Monsieur le Docteur ACHAINTRE
Monsieur le Docteur BECACHE

A NOS MAITRES de L'EXTERNAT des HOPITAUX de LYON

Monsieur le Professeur DECHAUME

Monsieur le Professeur VACHON

Monsieur le Professeur BANSSILLON

Monsieur le Professeur MICHAUD

Monsieur le Professeur BERTOYE

Monsieur le Professeur Agrégé SCHOTT

A mes camarades de l'Internat

Au personnel soignant de l'Hôpital

Aux malades

I N T R O D U C T I O N

INTRODUCTION

Cette étude fait suite à celle que le Docteur Cl. PY a présentée dans sa thèse "Introduction méthodologique à l'étude statistique des réhospitalisations au cours des soixante dernières années à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier", c'est-à-dire de 1900 à 1959.

Comme ce long titre l'indique, ce premier travail faisait le bilan des problèmes apparus dans la réalisation d'une enquête devant servir à une étude statistique à partir d'un matériel qui n'avait jamais été prévu pour cela. Les difficultés étaient multiples. Pour n'en citer que d'essentielles, rappelons qu'il avait fallu se livrer à un véritable travail de "reconstruction du diagnostic", tant les diagnostics portés pour une même maladie, avaient pu varier au cours de ces soixante années ; de même en ce qui concerne l'origine rurale ou urbaine des malades, l'évolution socio-économique du département, bouleversant les structures traditionnelles, obligeait à une interprétation de chaque cas : un habitant de Bron, au début du siècle, avait toute chance d'appartenir à la catégorie rurale, alors que cette ville en 1959 est pratiquement complètement urbanisée.

Par rapport à la thèse de Cl. PY, nous présentons ici le début de l'exploitation des renseignements amassés dans cette enquête. Nous disons, le début, car il ne s'agit que des maniaco-dépressifs, et non de l'ensemble des malades. Le choix de cette catégorie nosographique s'explique par le fait que l'enquête avait été commencée à partir d'une idée du Docteur LAUZIER, alors responsable de la Section Psychiatrique de l'Institut National d'Hygiène, tendant à explorer la périodicité en Psychiatrie. En fonction de cette première perspective, il venait tout naturellement à l'esprit de mettre au point un protocole méthodologique d'exploitation, à partir du groupe où une telle périodicité pouvait

être le plus facilement mise en évidence, puisque cette caractéristique de l'évolution a servi un temps à dénommer cette maladie.

Une telle ambition avait rapidement paru vaine, et nous devons dire tout de suite qu'elle n'a pas été réalisée. Nous nous sommes donc contentés de l'étude statistique d'un matériel brut, dont le choix avait été fait à partir d'un a priori, abandonné par la suite.

Ceci est fâcheux, car certains renseignements n'ont pas été retenus dans la mesure où ils ne paraissaient pas être en rapport avec cette orientation de la recherche. Il en va ainsi de la cause du décès, ou de la thérapeutique. Ce dernier oubli semble d'ailleurs témoigner de la part des promoteurs de l'enquête d'une conception très fixiste de la maladie mentale, tout au moins jusqu'à eux, car même dès l'orientation première, on pouvait penser qu'une périodicité avérée, aurait pu changer d'allure avec l'introduction de nouvelles thérapeutiques. Il aurait été intéressant alors de le vérifier, autrement que nous n'avons pu le faire, en ne considérant que le comportement des malades entrés avant ou après telle date.

L'idée de périodicité, impliquait qu'on n'envisagerait que les malades pour qui une telle notion pourrait se dégager, c'est-à-dire que ceux ayant eu au moins deux hospitalisations. Mais très rapidement, et C. PY concluait sa thèse là-dessus, il apparaissait nécessaire de pouvoir comparer ce lot de malades avec ceux, beaucoup plus nombreux qui n'avaient été hospitalisés qu'une fois ; une deuxième enquête a donc été réalisée à partir d'un échantillonnage des malades n'ayant fait qu'un seul séjour à l'hôpital. Mais cette procédure de comparaison des malades hospitalisés à un groupe témoin, nous paraît maintenant injustifiée, dans la mesure où la deuxième enquête était établie alors qu'avait déjà commencé le travail d'exploitation de la première, et que les tendances apparues dans le groupe des malades hospitalisés restaient sujettes à caution tant qu'on ignorait ce qui se passait pour les autres. Il s'agissait en fait, moins de comparer les résultats d'un groupe par rapport à un autre, que de vérifier leur cohérence en considérant l'ensemble des malades, réhospitalisés ou non, comme une même

population.

Il nous semble que la façon dont nous avons procédé a singuliérement ralenti la réalisation de ce travail et en a compliqué la présentation.

1ère PARTIE

LE MATERIEL D'ENQUETE

1ère PARTIE : LE MATERIEL D'ENQUETE

CHAPITRE I : RAPPEL METHODOLOGIQUE

Le transfert de l'enquête sur cartes perforées a été réalisé moyennant une variante de la technique indiquée par C. PY ;

- Sur une première carte, dite carte d'état civil, ont été portés les renseignements suivants :

Nom. Prénoms
Numéro matricule
Année de naissance
Age de décès
Année de décès
Sexe
Origine ethnique
Domicile
Profession
Situation matrimoniale
Religion
Diagnostic global

- Chaque hospitalisation a fait l'objet d'une nouvelle carte (et non d'une carte pour 3 hospitalisations), chaque carte d'hospitalisation mentionnait :

- le rang de l'hospitalisation (1er, 2ème, etc...)
- la provenance du malade
- le mode de placement
- la date d'entrée
- l'âge

- La durée du séjour
- Le modé de sortie
- Le diagnostic porté au cours de l'hospitalisation (différent éventuellement du diagnostic global).
- Le mode de sortie
- La durée de la sortie avant la rechute (ou intervalle libre)
- Le diagnostic global

Cette procédure, si elle compliquait légèrement sur le plan matériel, la confection du fichier, puisqu'elle aboutissait à établir pour un malade ayant eu n hospitalisations, n + 1 cartes, en facilitait grandement l'utilisation.

Les durées d'hospitalisation ou d'intervalle libre ont été codées par classes :

Pour les hospitalisations :

- Classes 1 à 18 : classes de 20 jours(recouvrant la 1ère année)
- classes 19 à 27 : classes de 1 an
- classe 28 : de longueur indéterminée, supérieure à 10 ans

Pour les intervalles libres :

- Classe 0 : sorties inférieures à 10 jours
- classes 1 à 20 : classes de 90 jours jusqu'à la 5ème année
- classes 21 à 25 : classe de 1 an jusqu'à la 10ème année
- classe 26 : de longueur indéterminée, supérieure à 10 ans.

Cette systématisation a l'inconvénient de créer des classes de différentes longueurs, mais il n'était pas possible de faire autrement, à moins d'aboutir à un nombre de classes très élevé, système qui aurait été de maniement plus difficile encore.

Le codage des diagnostics est le suivant :

01 : Psychose Maniaco-dépressive

02 : Manie

17 : Mélancolie

18 : Mélancolie d'involution

17 + 18 : 03

- Une remarque est nécessaire sur le style même de l'enquête : il s'agit d'une enquête fermée, c'est-à-dire entièrement comprise entre deux dates très précises : 1er Janvier 1900 - 31 décembre 1959. Si cette caractéristique n'a pas d'importance au début de l'enquête, car on est sûr qu'il n'y a pas d'hospitalisations antérieures à 1900, il n'en est pas de même à la fin, puisqu'on ne sait pas au 31 décembre 1959, si un malade sorti ne va pas revenir. Il en résulte que le nombre d'hospitalisations pèche par défaut, relativement à la réalité, plus on approche de la clôture de l'enquête.

Il y a un deuxième inconvénient : la durée d'hospitalisation pour un malade présent le 31 décembre 1959 a été comptée depuis la date d'entrée jusqu'à cette date : elle ne correspond donc pas à une durée réelle. L'inconvénient est surtout grave pour les courtes durées (inférieures à 1 an) mais pour l'ensemble, ces cas ne correspondent qu'à 13 malades, disséminés d'ailleurs sur des rangs d'hospitalisation différents. Nous n'avons pas tenu compte de cette source d'erreur qui reste minime.

Enfin, il faut indiquer la façon dont a été réalisée la 2ème enquête. En raison du nombre de malades n'ayant été hospitalisés qu'une fois (près de 50.000), il n'était pas possible de dépouiller tous les dossiers. Un échantillonnage a donc été réalisé en ne considérant que les malades dont les noms commençaient par A et B ; cela correspond environ au dixième des malades de cette catégorie. Cette procédure est peut-être discutable sur le plan statistique, mais elle était la seule possible sur le plan pratique.

CHAPITRE II : MATERIEL DE L'ENQUETE - REPARTITION PAR SEXE

Bien que nous n'étudions ici que le groupe maniaco-dépressif, nous donnons la répartition des malades, dans les deux enquêtes, pour la totalité des catégories nosographiques.

1°) Evaluation à 1/10 des malades hospitalisés une seule fois de 1900 à 1959 (2ème enquête)

		Hommes	Femmes	Total
Absence de diagnostic (1)	:	48	67	115
Psychose maniaco-dépressive	:	16	6	22
Manie	:	91	63	154
Mélancolie - Mélancolie d'involution	:	186	222	408
Confusion aiguë	:	73	95	168
Etats délirants aigus	:	38	53	91
Schizophrénies	:	240	140	380
Délires chroniques systématisés	:	186	332	518
Alcoolisme (2)	:	487	96	583
Paralysie générale	:	303	120	423
Troubles mentaux des épileptiques	:	92	41	133
Etats démentiels, séniles, préséniles	:	233	439	672
Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale	:	44	43	87
Névroses	:	19	36	55
Dépression	:	54	50	104
Déséquilibre psychique et toxicomanie (3)	:	36	33	69
Troubles du caractère, du comportement - Anxiété	:	97	65	162
Etat d'arriération	:	92	112	204
Etats psychopathiques non classables	:	44	49	93
Pas de troubles mentaux	:	9	3	12
T O T A L	:	2388	2065	4453

(1) Pour la plupart il s'agit de malades hospitalisés brièvement au moment de la guerre 1914-1918.
(2) Sous toutes ses formes.
(3) Toxicomanies autres que l'alcoolisme.

2°) Malades réhospitalisés de 1900 à 1959 (1ère enquête)

		Hommes	Femmes	Total
Psychose maniaco-dépressive	:	106	128	234
Manie	:	118	228	346
Mélancolie + Mélancolie d'involution	:	143	295	438
Confusion aiguë	:	17	10	27
Etats délirants aigus	:	20	29	49
Schizophrenies	:	368	510	878
Délires chroniques systématisés	:	138	360	498
Alcoolisme	:	737	169	906
P. G.	:	136	57	193
Troubles mentaux des épileptiques	:	120	97	217
Etats démentiels, séniles, préséniles	:	89	226	315
Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale	:	34	28	62
Névrose	:	57	55	112
Dépression	:	42	32	74
Déséquilibre mental - Toxicomanie	:	76	60	136
Troubles du caractère, du comportement - Anxiété	:	41	34	75
Etats d'arriération	:	91	77	168
Etats psychopathiques non classables	:	102	176	278
T O T A L	:	2435	2571	5006

3°) Le groupe Maniaco-dépressif - Fichier corrigé

Le groupe maniaco-dépressif correspond à 13 % des malades hospitalisés une seule fois, à 20 % des malades réhospitalisés.

Nous donnons dans les tableaux suivants la répartition du fichier des maniaco-dépressifs réhospitalisés, en distinguant ici les mélancolies simples des mélancolies d'involution.

La colonne G correspond au nombre total de malades,

la colonne R correspond à un fichier restreint après l'élimination des malades reçus ou sortis par transfert. En effet, il est à peu près sûr, pour ces malades transférés, qu'il manque une ou plusieurs hospitalisations ou au moins qu'on ignore la durée réelle de l'hospitalisation. Toutes les questions pour lesquelles l'hospitalisation intervient, ont été traitées à partir du fichier restreint.

Deux malades qui n'ont été hospitalisés que pour des états mixtes, ont été simplement intégrés au groupe P M D.

Code	Diagnostics	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
		G	R	G	R	G	R
01	Psychose maniaco-dépressive	106	95	128	118	234	213
02	Manies	118	107	228	213	346	320
03 17	Mélancolie	123	112	277	253	400	365
03 18	Mélancolie d'involution	20	20	18	18	38	38
	Total	367	334	651	602	1018	936

Nous indiquons dans le tableau suivant, les fréquences des 4 diagnostics pour chacun des deux fichiers.

	01	02	17	18
G	22,9 %	33,9 %	39,3 %	3,8 %
R	22,7 %	34,1 %	39 %	4,1 %

On constate que les malades n'ayant présenté qu'une des deux formes (Manie ou Mélancolie) sont beaucoup plus nombreux que les psychoses maniaco-dépressives vraies, puisque ces dernières représentent moins du quart de l'ensemble. Il faut noter que certains malades, entrés pour une manie, ont pu faire un accès mélancolique en cours d'hospitalisation, et vice-versa. Lorsque

cette inversion a été notée sur le livre de la Loi, le diagnostic global a pu être corrigé, mais cela n'a sans doute pas toujours été le cas.

Donc, quand on constate qu'il n'y a qu'un quart de Psychoses maniaco-dépressives, cela veut seulement dire que les autres malades ont toujours présenté soit un état maniaque, soit un état mélancolique, lors de leur hospitalisation seulement.

On peut faire ici deux hypothèses : soit qu'ils n'aient effectivement présenté qu'une des deux formes, soit que présentant alternativement les deux formes, ils soient mieux supportés par leur entourage, pour l'une que pour l'autre. Si cette dernière hypothèse est certainement valable dans un certain nombre de cas (en particulier : accès mélancoliques bien supportés à domicile), l'existence de différences importantes des caractéristiques de ces deux populations, comme nous le verrons, semble pouvoir faire retenir la 1ère hypothèse.

4°) Répartition en fonction du sexe des malades réhospitalisés

Alors que sur l'ensemble de l'enquête, il y a autant d'hommes que de femmes, ici on note une différence importante :

- 367 hommes
- 651 femmes, soit 36 % d'hommes et 64 % de femmes,

c'est-à-dire environ un tiers d'hommes pour 2/3 de femmes.

Cette différence est encore plus nette pour les mélancoliques (30,7 % d'hommes) et pour les maniaques (34,1 %), alors qu'elle ne se retrouve pas pour les vrais maniaco-dépressifs (45,3 % d'hommes) ni pour la mélancolie d'involution (52,8 % d'hommes).

L'étude statistique des différences de ces pourcentages, montre qu'ils sont significatifs, sauf entre les manies et les mélancolies.

On en déduit d'abord la plus grande sensibilité du sexe féminin aux différentes formes de la psychose maniaco-

dépressive : la femme y étant plus exposée que l'homme. A l'intérieur de groupe entier, on remarque que la femme fera plutôt des formes mono-symptomatiques, manie pure ou mélancolie pure. Cependant, toutes proportions gardées, à l'intérieur du groupe, elle sera moins exposée que l'homme à la Psychose maniaco-dépressive vraie (P.M.D.), et moins encore à la mélancolie d'involution.

Une fois hospitalisés, il n'y a pas de différences significatives entre les hommes et les femmes, dans les longueurs des séquences d'hospitalisation, c'est-à-dire dans le nombre d'hospitalisations, ni dans la durée des hospitalisations : une fois hospitalisés les hommes et les femmes ont le même comportement hospitalier.

La comparaison avec les malades de la 2ème enquête est rendue difficile par le gonflement du contingent masculin, au moment des guerres, comme nous le verrons ultérieurement.

2ème PARTIE

E T U D E S U R L ' E T A T C I V I L

2ème PARTIE : ETUDE SUR L' ETAT CIVIL

Nous avons tout d'abord étudié les données relatives à l'état civil des malades. Dans la mesure où l'incertitude sur le nombre d'hospitalisations ne retentit pas sur elles, nous avons utilisé ici le fichier complet sans tenir compte des malades transférés.

Ces données, dans l'enquête telle qu'elle a été établie, correspondent à la situation des malades lors de la première hospitalisation. C'est ainsi qu'un malade célibataire à la première entrée, a pu se marier ultérieurement. De même, les changements professionnels au cours de l'existence du malade ne sont pas reflétés ici. Nous ne faisons donc pas une étude "historique" des malades, dans la mesure où les variations de leur situation, tant par l'intervention des facteurs socio-culturels environnants, que par le déterminisme pathologique lui-même, n'ont pas été enregistrées.

Outre la répartition par sexe, que nous avons examinée dans le chapitre précédent et qui laisse apparaître pour le groupe maniaco-dépressif, une prédominance féminine manifeste, nous étudierons successivement :

- l'origine ethnique
- la profession
- l'âge de 1ère hospitalisation
- la situation matrimoniale
- l'origine urbaine ou rurale, et l'évolution globale des entrées
- les décès.

Nous examinerons ici également la répartition des diagnostics d'hospitalisation différent du diagnostic global.

Beaucoup de ces données n'auraient guère eu d'intérêt à défaut d'une confrontation des résultats, avec, pour les mêmes catégories, la répartition des individus dans la population générale du département.

Nous devons à l'obligeance de l'Institut Régional de Statistiques d'avoir pu prendre connaissance du mouvement général de l'évolution de la population du département du Rhône.

CHAPITRE I : LE FACTEUR ETHNIQUE

La majeure partie des malades sont évidemment de nationalité française. Les malades étrangers sont en trop petit nombre pour qu'on puisse en tirer quelque conclusion sur la fragilité de tel ou tel groupe d'immigration. Nous n'avons d'ailleurs pas pu nous procurer l'évaluation de la population immigrante par rapport à l'ensemble de la population du département.

On ne note pas de différences dans la répartition des trois groupes : Mélancolie - Manie - Psychose maniaco-dépressive par rapport à l'ensemble de l'enquête. C'est-à-dire qu'ici également les mélancolies sont plus nombreuses que les manies les P M D suivant de loin.

Nous donnons dans le tableau suivant, la répartition globale pour le groupe maniaco-dépressif tout entier, des malades étrangers selon leur origine et selon leur sexe, pour deux périodes s'étendant respectivement de 1900 à 1942, de 1943 à 1959. Cette partition s'explique par le fait que nous l'avons choisie pour d'autres parties de ce travail. Nous la maintenons ici car elle peut permettre de rendre compte des variations de l'immigration après la 2ème guerre mondiale (en particulier immigration Nord-Africaine).

	1e période		2e période	
	F	H	F	H
Nord Africain	2	1	1	8
Méditerranéen	16	13	13	8
Slaves	5	5	3	2
Anglo-Saxon	1			
Divers	4	2	4	1
Total	28	21	21	19

L'importance des différents groupes ne fait sans doute que traduire l'importance du groupe d'immigration correspondant dans la population générale.

On voit la stabilité des groupes

"slave" et "méditerranéen" (autres que Nord-Africain) alors que ce dernier augmente sensiblement dans la 2ème période.

Le groupe "divers" correspond en fait pour près de la moitié à des sujets d'un codage spécial, lors de l'établissement de l'enquête (cf. Thèse de C. [illegible]).

On remarquera en outre la proportion plus grande que dans le reste de l'enquête, des hommes par rapport aux femmes, puisqu'ils arrivent presque à égalité. Cela tient sans doute à la prédominance masculine des immigrants. Ceci est particulièrement net pour les Nord-Africains.

Les malades étrangers, représentent au total pour chaque catégorie les pourcentages suivants :

Mélancolie	:	Femmes	7,1 %	Hommes	11,2 %
Manie	:	"	8,7 %	"	15,2 %
P. M. D.	:	"	7 %	"	7,5 %

Enfin la relative égalité du nombre total pour les deux périodes, ne doit pas faire oublier qu'elles sont de longueurs très inégales (43 ans et 17 ans). Compte tenu de la correction du temps il apparaît que le nombre des malades étrangers a plus que doublé depuis la 2ème guerre mondiale.

La comparaison avec la 2ème enquête ne fait rien apparaître de plus. On peut d'ailleurs considérer, en raison du système d'échantillonnage adopté, que les résultats précédents sont plus près de la réalité, dans la mesure où un choix alphabétique arbitraire peut influer sur la représentation de tel ou tel groupe ethnique.

CHAPITRE II : FACTEURS PROFESSIONNELS

Lors du dépouillement des fichiers, effectué décade par décade, il n'est pas apparu de différences manifestes de la répartition des professions ni selon le temps, ni selon les trois groupes diagnostics étudiés ici, sauf en ce qui concerne la catégorie exceptionnelle des militaires.

Le tableau suivant indique l'importance des diverses catégories professionnelles, pour toute la population des malades étudiée. Les chiffres totaux au bas de chaque colonne diffèrent du total de l'enquête, en raison de l'absence des renseignements pour 4 malades.

	1e enquête		2e enquête	
	H	F	H	F
Agriculteurs	92	58	32	23
Artisans Commerçants Industriels	36	29	21	8
Professeurs Cadres Supérieurs Professions libérales	3	1	2	
Instituteurs Cadres moyens	10	17	3	2
Employés de bureau de commerce	18	31	9	14
Ouvriers Manoeuvres Contremaîtres	148	119	73	36
Gens de maison	5	62	5	22
Artistes	1	3	5	1
Clergé		1		
Armée et Police	12		25	
Etudiants	2		2	
Militaires du Contingent	5		91	
Retraités	12	3	4	2
Ménagères		280		119
Autres personnes non actives	19	47	21	63
T o t a l	363	651	293	291

Le système de classification adopté lors du codage, fut celui de l'Institut National de la Statistique. Cependant nous avons regroupé les malades en grandes catégories socio-professionnelles. En effet, dans le cadre de ce travail, une distinction entre "ouvriers du secteur public" et "ouvriers du secteur privé" n'a pas d'intérêt. Mais ces regroupements présentent des inconvénients. C'est ainsi que la catégorie "Artisans - Commerçants - Industriels" concerne des individus de situation très diverse. En fait les catégories "Gros commerçants" et "Industriels" sont pratiquement absents de l'enquête (1 industriel).

On voit donc, comme on pouvait s'y attendre, que le recrutement de l'hopital du Vinatier est essentiellement un recrutement populaire, à partir du monde rural, de la classe ouvrière, des petits artisans et commerçants, et à un moindre degré, des employés qui sur ce point suivent la destinée des ouvriers, et enfin, en dernier lieu, des cadres moyens. Dans les dernières années de l'enquête, rien n'indique qu'une modification du recrutement vers d'autres couches sociales soit apparue.

Chez les femmes, près de la moitié des malades est représentée par les ménagères.

Deux groupes méritent de retenir plus longtemps l'attention : celui des gens de maison, et celui des militaires.

Le premier, très important chez les femmes, n'est sans doute pas en corrélation avec l'importance de cette catégorie dans la population générale, puisqu'ici, il atteint près de 1/10 des malades. Il semble donc s'agir d'un groupe social très fragile, et l'on peut considérer que ce choix professionnel est sans doute déterminé par des difficultés d'adaptation qui prédisposent déjà aux réactions psychiatriques. On peut penser que cette situation, recherchée parce qu'elle offre l'ambiance familiale sécurisante, mais vécue dans l'ambivalence constante des rapports employés-employeurs, source de conflits affectifs multiples, porte en elle-même des risques de décompensation. D'ailleurs,

nombre de malades se sentant incapables de revenir à leur activité antérieure, s'orientent vers ces emplois à leur sortie de l'hopital, si bien que ce groupe se situe sans doute sur une trajectoire descendante de désocialisation. Il serait beaucoup plus important encore, si nous examinions non plus la situation à la 1ère hospitalisation, mais après une évolution déjà longue de la maladie.

Il est d'ailleurs vraisemblable que ce point se retrouverait de façon analogue, dans d'autres groupes nosographiques.

Le groupe des militaires présente une différence notable entre la 1ère et la 2ème enquête. Les militaires du contingent, pratiquement absents de la 1ère enquête se retrouvent au contraire très nombreux dans la seconde. Il s'agit là, d'un phénomène localisé aux guerres et plus précisément à la 2ère guerre mondiale, puisque sur les 91 militaires du contingent, 74 sont hospitalisés de 1914 à 1919, et 6 seulement de 1939 à 1945. Dans le groupe "Armée et Police" il en va de meme, 16 sur 25 sont hospitalisés pendant la 1ère guerre mondiale.

Deux explications, d'ailleurs complémentaires, peuvent être proposées :

- Soit, l'utilisation militaire de l'hopital pendant cette période a entraîné un regroupement de malades d'origines géographiques différentes, ventilés ultérieurement sur les hôpitaux départementaux dont ils dépendaient, et ceci est confirmé par le fait que 41 malades sont sortis par transfert.

- Soit, les troubles ont été essentiellement réactionnels aux évènements.

De plus, on ne retrouve pas dans ce groupe, la distribution générale entre les 3 formes pathologiques, puisque la plupart de ces malades ont été hospitalisés pour des réactions dépressives (87 mélancolies - 29 manies).

CHAPITRE III : AGE DE 1ère HOSPITALISATION

Une légère source d'erreur est ici présente, car nous avons utilisé le fichier total sans tenir compte des malades transférés. Dans la mesure toutefois où les malades reçus par transferts, et qui seuls auraient dû être éliminés, sont beaucoup moins nombreux que les malades sortis par transferts, cette erreur reste minime.

En outre, il faut préciser que l'âge de 1ère hospitalisation ne correspond pas obligatoirement à l'âge de début des troubles, dans la mesure où beaucoup de malades, sans doute, ont pu d'abord être traités, au cours d'accès antérieurs, soit en cliniques privées, soit dans les services neuro-psychiatriques des hôpitaux généraux.

Nous avons établi pour chaque diagnostic, et par décade, le nombre des malades par tranches d'âge de 1 an. Les tableaux laissaient apparaître seulement un allongement de la séquence vers les âges jeunes, pour le groupe maniaque par rapport au groupe mélancolique. La répartition se faisant de façon à peu près égale de part et d'autre des âges moyens que nous avons calculés, nous ne reproduisons que ceux-ci. Les âges extrêmes rencontrés ont été : 14 ans (1 Manie) et 76 ans (Mélancolie).

Pour la 2ème enquête, nous n'avons pas établi de tableau analogue pour le groupe P.M.D., trop peu nombreux.

Ce tableau fait apparaître, pour tous les diagnostics, tant chez les hommes que chez les femmes, un vieillissement progressif de l'âge de 1ère hospitalisation, phénomène qui s'accentue encore dans la dernière décade. Une exception cependant pour les femmes maniaques dans la 2ème enquête, où l'on assiste à une baisse de l'âge moyen, suivie, pour la dernière décade, d'un vieillissement particulièrement important, puisque la moyenne d'âge double, ce qui ramène ce groupe à un comportement voisin des autres.

	HOMMES						FEMMES					
	1ère enquête				2ème enqu.		1ère enquête				2ème enqu.	
	03	17	02	01	17	02	03	17	02	01	17	02
1900-09	46,4	34,9	34,9	33,3	27,5	28,6	37,2	37,2	36,4	38,5	39,4	38
10-19	37	34,6	29,1	31,3	34,2	35,2	42,2	40,9	31,7	34,1	45,3	38,5
20-29	45,9	44,2	31,1	30 1	39,8	33,3	44,2	41,7	35,2	31,1	43,4	37,8
30-39	45,3	45,3	37,6	37,7	40,8	35,2	40,8	40,8	40,7	36,1	47,3	30,8
40-49	46,2	41,9	35,8	41,5	44,6	37,1	47	45,7	37,7	42,7	46,1	24,5
50-59	49,2	46,2	39,1	43,9	40,8	44,6	53,7	53,3	42,6	47,6	51,7	50,3

Les moyennes sont données en année et en dixièmes d'années (et non en mois)

- 03 : Mélancolie + Mélancolie d'involution
- 17 : Mélancolie
- 02 : Manie
- 01 : Psychose maniaco-dépressive.

En l'absence de renseignements sur les antécédents avant la 1ère hospitalisation, il est difficile de dire s'il s'agit d'un vieillissement réel de l'âge de début des troubles, ou si ce phénomène traduit un recours de plus en plus important au secteur privé, avant de venir à l'hôpital public. Toutefois, on peut penser qu'avant l'instauration de la Sécurité Sociale, ainsi qu'avant l'introduction des méthodes thérapeutiques modernes, la clientèle de l'hôpital n'avait guère recours au secteur privé. Dans cette hypothèse on pourrait admettre un vieillissement réel du début des troubles. Depuis 1945, vient certainement s'y surajouter, de plus en plus, le facteur des hospitalisations préalables en secteur privé ou en services de neuro-psychiatrie. Il serait intéressant de pouvoir vérifier ces hypothèses en comparant l'âge de la 1ère manifestation de la maladie traitée en milieu

hospitalier quel qu'il soit, et l'âge de la première arrivée à l'hôpital psychiatrique public, dans le cadre d'une enquête comme cette qui est actuellement en cours à l'hôpital du Vinatier, et de voir si ce phénomène se retrouve pour d'autres maladies. Quoi qu'il en soit, un fait brut demeure : le psychiatre public voit arriver dans son service des malades de plus en plus âgés, non seulement du fait de l'importance plus grande des troubles de la sénilité, mais par un vieillissement des malades dont les troubles n'ont pas de rapport avec la sénilité. Dans une perspective de soins où l'on se contente de moins en moins de l'évolution spontanée de la maladie ou même de l'action symptomatique des thérapeutiques de choc, ou des chimiothérapies, mais où celles-ci tendent de plus en plus à être intégrées dans un contexte psycho et sociothérapique, on voit les difficultés supplémentaires qui peuvent survenir du fait qu'on s'adresse à des malades plus âgés, et donc moins mobilisables. Peut-être aussi ce phénomène intervient-il dans le déterminisme des rechutes, plus nombreuses actuellement qu'au début du siècle.

Si l'explication par les hospitalisations préalables dans le secteur privé doit être retenue, et dans la mesure où, pour des raisons diverses, le passage se fait habituellement dans le sens privé-public, et rarement en sens inverse, on pourra regretter, que la psychiatrie publique, qui va assurer finalement l'essentiel de l'action thérapeutique, ne puisse intervenir plus rapidement, ou bien que le secteur privé ne puisse assumer une prise en charge complète des malades qui commencent par s'adresser à lui.

Dans l'hypothèse d'un vieillissement réel de l'âge d'apparition des troubles, on trouverait un argument de plus pour souhaiter que le développement des moyens d'assistance psychiatrique permettent une intervention beaucoup plus précoce. C'est dire qu'il nous semble que dans la politique de sectorisation qui vient timidement et très administrativement, de débuter dans

le département du Rhône, l'accent devrait être mis beaucoup plus sur le développement des instances pré-hospitalières, que sur celui des organismes posthospitaliers qui, ne feraient en quelque sorte, qu'externer l'Asile.

La comparaison entre les groupes-diagnostics différents, montre comme nous l'avons déjà dit, que les mélancoliques sont habituellement plus âgés que les maniaques. Ce phénomène est encore plus accentué si on considère l'ensemble Mélancolie-Mélancolie d'involution.

Les P.M.D. ont, par contre, une situation intermédiaire entre les deux groupes qui réalisent à l'état pur, les deux modes de réactions qui les constituent.

CHAPITRE IV : SITUATION MATRIMONIALE

En toute rigueur, l'étude de la situation matrimoniale eût exigée qqu'elle soit faite par classes d'âge de 5 en 5 ans, ou de 10 en 10 ans (car le nombre d'individus mariés varie nécessairement avec l'âge), chaque classe étant comparée alors avec la classe correspondante de la population générale. Une telle procédure nous aurait entraîné à un travail très compliqué pour valider statistiquement les résultats. En outre, nous n'avons pu nous procurer de renseignements précis sur la situation matrimoniale que pour le recensement de 1962.

Dans ces conditions, nous ne nous sommes livrés qu'à une comparaison globale et forcément grossière, en admettant que le pourcentage de célibataires en 1962 est voisin de celui qu'on aurait pu trouver à d'autres dates. En 1962, dans le département du Rhône, 39 % des hommes et 35 % des femmes âgés de plus de 15 ans étaient célibataires. Il faut remarquer que dans ces pourcentages interviennent tous les individus de 15 à 20 ans chez lesquels la proportion de célibataires est considérable, alors qu'ils n'interviennent que très peu parmi les malades admis à l'hôpital. S'il y avait correspondance entre la situation des malades et celle de la population générale, il faudrait s'attendre à trouver un pourcentage de célibataires inférieur à ces chiffres.

Nous ne donnons ici que les pourcentages obtenus à partir des malades de la 1ère enquête. Ils sont confirmés, en ce qui concerne les femmes, par la 2ème enquête. En revanche, chez les hommes mélancoliques non réhospitalisés, la proportion des célibataires monte à 45 % en raison de l'intervention massive des militaires hospitalisés pendant la 1ère guerre mondiale surtout, et qui sont en grande partie des sujets jeunes et donc célibataires.

	HOMMES			FEMMES		
	03	02	01	03	02	01
	%	%	%	%	%	%
Célibataires	32,8	54,3	49	20,6	35	26,5
Mariés	58	40,6	44,3	52,5	51,3	59,3
Veufs	8,3	2,5	2,8	22,7	10	9,3
Divorcés-Séparés	0,7	2,4	1,8	3,6	3	4,5
Divers			1,8	0,3	0,4	

Chez les hommes mélancoliques on constate que le taux des célibataires bien que légèrement inférieur, est voisin de celui que nous indiquions pour la population du département. On remarque en outre le plus fort pourcentage de veufs par rapport aux deux autres catégories. Chez les hommes maniaques, plus de la moitié des malades sont célibataires. Les P.M.D. se rapprochent beaucoup plus des maniaques que des mélancoliques.

Chez les femmes, 20 % seulement des mélancoliques sont célibataires. Ceci n'est peut-être pas significatif dans la mesure où les mélancoliques sont habituellement plus âgées. Il faut tenir compte aussi du contingent très important de veuves.

Les maniaques se rapprochent étroitement de la population générale, les P.M.D. ayant une position intermédiaire entre les deux autres groupes.

Ainsi, il apparaît que l'ensemble des femmes des groupes maniaco-dépressifs se comportent vis à vis du mariage, d'une façon analogue à l'ensemble de la population féminine du département. L'importance du groupe des veuves s'explique en partie par la longévité plus grande de la femme, mais la différence qui apparaît entre les Mélancolies et les deux autres groupes, aussi bien d'ailleurs chez les femmes que chez les hommes, montre l'importance des réactions de deuil dans le déterminisme de la mélancolie.

Chez les hommes, seul le groupe Mélancolique se rapproche de la population générale. Si l'on admet l'identité des facteurs pathogènes dans les deux sexes, la différence qui apparaît dans le nombre de célibataires, entre les maniaques hommes et les maniaques femmes, peut s'expliquer par le retentissement sur l'aptitude au mariage, de ce qu'on pourrait appeler la constitution pré-maniaque ; en effet, la répression des pulsions qui ne pourront se manifester que dans le déchainement de l'accès, peut empêcher l'homme de prendre l'initiative dans la recherche d'une partenaire. Au contraire, la position plus passive de la femme impliquée actuellement par son statut social, expliquerait qu'elle soit moins gênée.

Enfin, il faut noter que la différence manifeste de comportement entre les mélancoliques et les maniaques hommes, indique bien qu'il s'agit de deux populations différentes.

CHAPITRE V : DIAGNOSTICS D'HOSPITALISATION ET DIAGNOSTICS GLOBAUX

Lors de l'établissement de l'enquête, s'est posé le problème des malades pour qui, une ou plusieurs hospitalisations avaient eu lieu pour un diagnostic différent de celui qui était habituellement porté. Le codage des renseignements sur les fiches perforées a été fait de telle manière qu'à chaque hospitalisation correspondait le diagnostic réellement porté par le médecin traitant. Mais il a fallu pour l'ensemble de la maladie connue déterminer un diagnostic global, que Claude PY dans sa thèse appelle "Diagnostic de probabilité", de façon à pouvoir faire entrer chaque malade dans une catégorie nosographique précise.

Il est évident qu'un malade ayant été hospitalisé tantôt pour manie tantôt pour mélancolie, a reçu un diagnostic global de psychose maniaco-dépressive. Mais il a pu se présenter des problèmes plus difficiles :

- Soit que pour une hospitalisation, le diagnostic différât nettement du diagnostic habituellement porté, ce qui situait le malade dans 2 ou 3 catégories nosographiques selon le moment d'évolution de la maladie.

- Soit que dans une séquence de diagnostics partiels homogènes, apparût un état pathologique pouvant en quelque sorte se surajouter à l'état habituel (Ex. "Alcoolisme aigu" au milieu d'une séquence "manie").

- Soit que le diagnostic exceptionnel ne représentât qu'un aspect symptomatique du diagnostic habituel (Ex. Etat d'excitation).

D'une façon générale, c'est la loi de la majorité qui a joué pour la détermination du diagnostic global.

Il a paru intéressant de rechercher comment se situaient ces hospitalisations à "diagnostics aberrants". Il est évident que ceci ne peut concerner que les malades réhospitalisés.

Pour les trois groupes maniaco-dépressifs, soit 1018 malades, 270 ne présentent pas de diagnostics homogènes, pour un total de 343 hospitalisations, 35 malades ont plus d'une hospitalisation hétérogène au diagnostic global.

La première constatation est que ces 270 malades sont généralement plus souvent hospitalisés que l'ensemble des malades.

Malades ayant eu exactement :	ensemble de l'enquête	Malades ayant des diagnostics hétérogènes
2 hospitalisations	54,6 %	30 %
3 "	20,2 %	26,6 %
4 "	11,5 %	17 %
5 "	4,8 %	4,4 %
6 et plus	8,9 %	19 %

Les hospitalisations "aberrantes" se répartissent elles-mêmes en fonction du rang d'hospitalisation, comme l'indique le tableau suivant :

1ère hospitalisation	:	55,6 %
2ème "	:	21,5 %
3ème "	:	7,2 %
4ème "	:	8,6 %
5ème "	:	2,3 %
6ème et plus	:	4,8 %

On constate donc que plus de la moitié des diagnostics "aberrants" sont portés lors de la 1ère hospitalisation, et plus des 3/4 lors des deux premières hospitalisations.

On peut donc admettre une errance précoce du diagnostic, comme si le malade hésitait au début, dans le choix de ce

mode d'existence particulier qu'est la maladie mentale... A moins, bien entendu, que cette hésitation ne soit à mettre au compte du psychiatre.

Quant à la nature de ces diagnostics, le tableau suivant montre que ces malades ont pu paraître empruntés à tous les tableaux nosographiques classiques.

	Mélancolie		Manie		P M D			
	H	F	H	F	H	F	Total	
Délires chroniques systématisés	8	20	5	8	11	4	56	38
Confusion aiguë	1	13	5	13	3	13	48	30
Alcoolisme	3	2	17	6	14	2	44	17
Etats délirants aigus		4	5	16	6	8	39	20
Dépressions non mélancoliques	14	7			5	1	27	16
Etats d'excitation			7	5	10	3	25	11
Troubles du caractère et du comportement	1	2	4	8		5	20	8
Etats psychopathiques inclassables	2	2	6	4	1	3	17	9
Schizophrenie		2	1	6	1	4	14	7
Névrose	1	3			7	1	12	7
Démence		7		4			11	2
Délire aigu	2	2	2	1	2	1	10	2
Etats d'arriération	2	1	1		2		6	4
Psychose puerpérale		3				1	4	4
P. G.				2			2	2
Troubles mentaux des épileptiques				1			1	1
Encéphalite			1				1	1
Pas de troubles mentaux		3		1			4	3

La dernière colonne indique la fréquence de ces diagnostics pour la 1ère hospitalisation.

Parmi les troubles qui peuvent se rapprocher le plus des accès maniaques ou dépressifs, on notera l'importance du groupe des dépressions non mélancoliques, et du groupe des états d'excitation.

Les états confusionnels sont particulièrement fréquents, surtout chez la femme au début des hospitalisations, ainsi que les "états délirants aigus". Mais dans ce dernier cas, on peut se demander si le médecin n'a pas choisi, dans le diagnostic porté, de mettre l'accent sur l'aspect délirant que peut prendre une manie ou une mélancolie.

La schizophrenie est plus rare. On ne peut que s'étonner de voir la fréquence avec laquelle est porté le diagnostic de psychose chronique systématisée, dès la 1ère hospitalisation, chez des malades qui ultérieurement apparaîtront comme d'authentiques maniaques ou mélancoliques.

L'alcoolisme est une conduite survenant à la longue, essentiellement chez les hommes maniaques ou P.M.D. Les mélancoliques en sont pratiquement exempts.

Les délires aigus apparaissent essentiellement comme un tableau terminal quelles qu'aient été les modalités habituelles de la maladie, ainsi que la démence chez la femme.

CHAPITRE VI : EVOLUTION PAR ANNEE DU NOMBRE DE MALADES ENTRANT POUR LA 1ère FOIS

Les graphiques des planches I et II montrent, pour les mélancoliques et les maniaques, l'évolution du nombre des premières hospitalisations au cours du temps de l'enquête.

Chaque graphique comporte deux courbes. La courbe supérieure correspond au nombre total de malades entrant à l'hôpital, évalué à partir des chiffres des deux enquêtes. La courbe inférieure correspond aux seuls malades réhospitalisés. Nous ne reproduirons pas les graphiques concernant le diagnostic P.M.D., car les chiffres trop faibles de la 2ème enquête, enlèvent toute valeur aux résultats qu'on aurait pu trouver ; d'autre part, les malades réhospitalisés se répartissent comme les maniaques.

Nous envisagerons plus loin, en même temps que l'origine urbaine ou rurale des malades, l'incidence sur les entrées, des variations de la population du département. Disons seulement ici que cette population s'est accrue dans des proportions considérables puisqu'elle est passée de 843.000 en 1901 à 1.110.000 en 1962.

Il ne semble pas que le mouvement des entrées reflète cette augmentation sauf en ce qui concerne les mélancoliques hommes. D'une façon générale, la première décade du siècle correspond à des niveaux d'entrées bas, mais ensuite, outre les accidents, particulièrement nets chez les hommes, correspondant à la guerre 1914-1918, les entrées annuelles conservent, au travers des irrégularités de la courbe, un taux à peu près constant.

On ne peut guère retenir qu'une baisse légère des manies, chez les femmes à partir de 1939.

Chez les hommes maniaques, on constate que les deux après-guerre correspondent à des périodes basses. Même phénomène chez les femmes mélancoliques vers la fin de la 2ème guerre, et dans les années qui la suivent, tandis que la 1ère guerre

PLANCHE I

Nombre d'entrées par année . Mélancolie (1ère entrée)

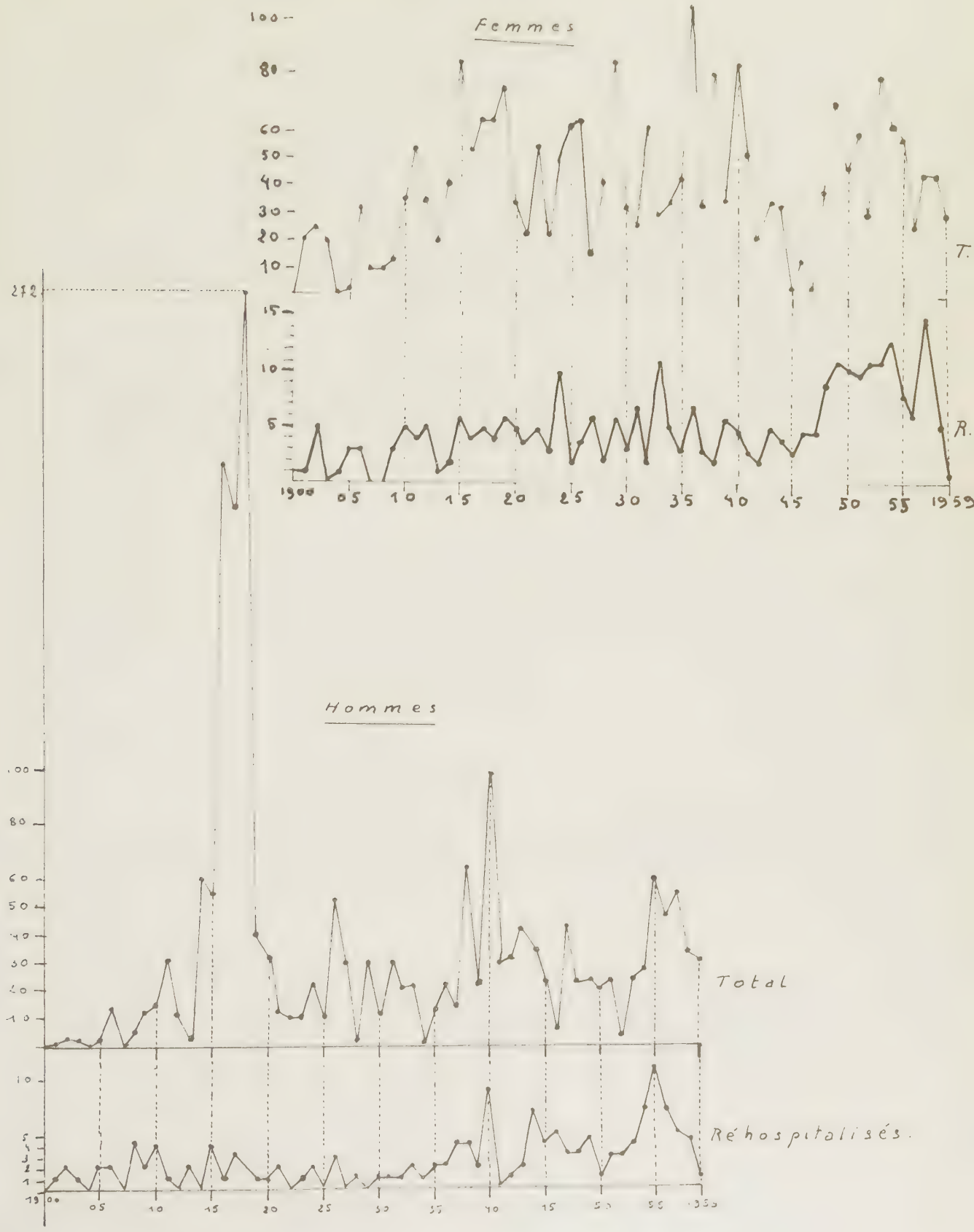
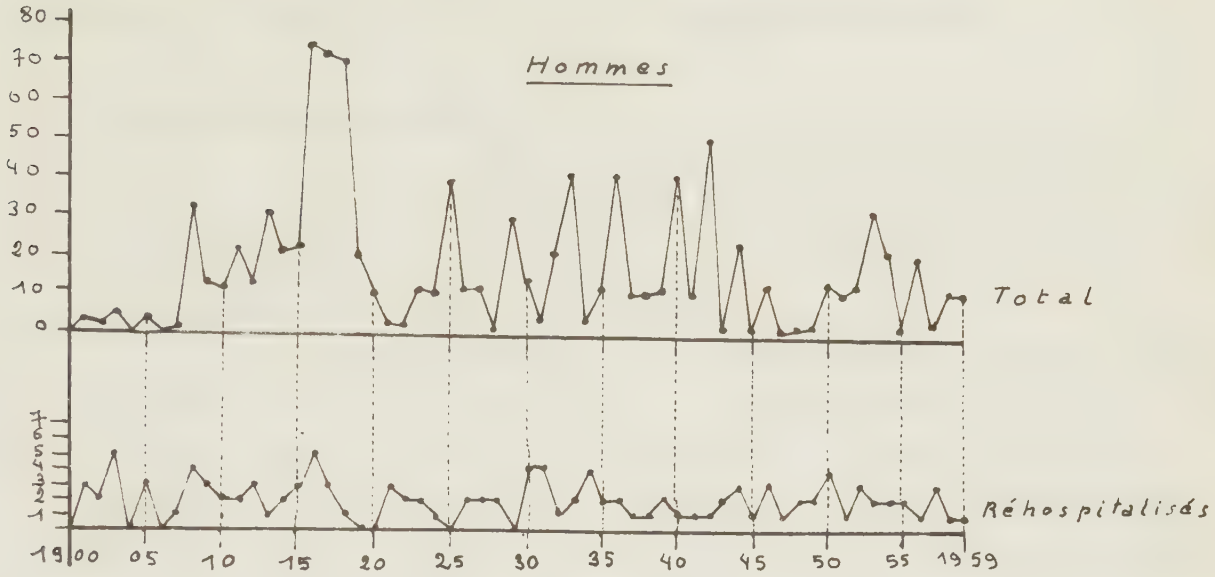
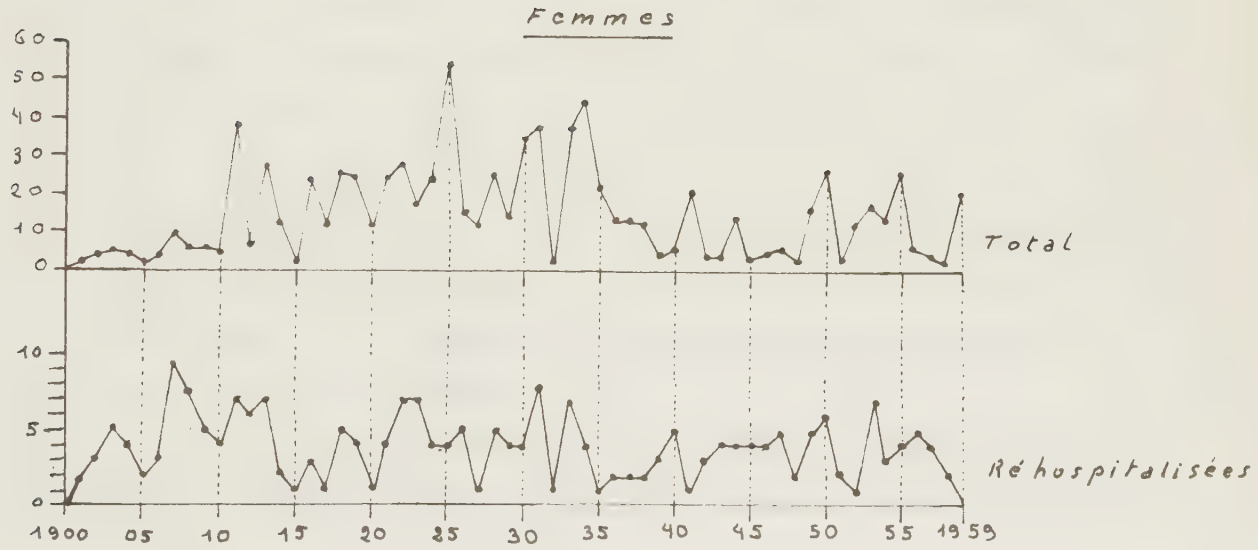


PLANCHE II

Nombre d'entrées par année : Manie. (1ère entrée)





correspond pendant toute sa durée, à un plus grand nombre d'entrées. Le comportement de la population féminine n'a donc pas été le même au cours des deux guerres mondiales.

Malades réhospitalisés

Chez les maniaques, dans l'un et l'autre sexe (et l'on peut ajouter chez les maniaco-dépressifs) il n'apparait pas de différences nettes quelle que soit la période. Il n'en est pas de même pour les mélancoliques :

- Chez les femmes on assiste en 1948, parallèlement au nombre total des entrées qui se relèvent après le trou de l'après-guerre, à une augmentation nette et durable, dont la chute en 1958 et 1959, n'est vraisemblablement que la conséquence du fait qu'il s'agit ici d'une enquête fermée (les malades entrés en 1958 et 1959 peuvent avoir rechuté au delà de la clôture de l'enquête, et sont donc comptés comme malades n'ayant été hospitalisés qu'une fois).

- Chez les hommes, on observe un phénomène analogue dont le début semble pouvoir se situer en 1937, malgré le trou observé au cours des années de guerre 1941-42-43. En tout cas, dès 1944, le nombre de malades arrivant pour la première fois à l'hôpital et réhospitalisés ultérieurement, augmente de façon très nette par rapport à toute la période précédente.

L'explication par l'intervention des thérapeutiques de choc qui, particulièrement actives sur la mélancolie, pourraient, en morcelant les accès, provoquer une plus grande fréquence de réhospitalisation, ne peut être seule retenue, en raison au moins, de l'absence de concordance du phénomène chez les hommes et chez les femmes.

Nous allons voir maintenant, qu'au moins chez les femmes, ceci correspond à une arrivée massive d'un contingent rural.

CHAPITRE VII : ORIGINE URBAINE ET RURALE

Nous avons déjà indiqué que la population du département du Rhône s'était accrue au cours de la période de l'enquête. Cet accroissement n'a pas été homogène, car il a porté essentiellement sur la population urbaine, tandis que la population rurale diminuait en valeur absolue, mais plus encore en valeur relative par rapport à la population urbaine.

Nous donnerons dans les tableaux qui suivent les renseignements démographiques à partir desquels on a corrigé le nombre des entrées à l'hôpital pour les rapporter à la population générale, de manière à faire apparaître la morbidité dans les deux catégories de population.

Données démographiques

Estimation par décades - Population moyenne

(1) Périodes	1900-09	1910-19	1920-29	1930-39	1940-49	1950-59
(2) Population totale	872,6	936,1	998,8	1037,1	943,3	988,8
(3) Population urbaine	643	723,9	797,6	836,4	764,7	826,8
(4) Population rurale	229,6	212,2	201,2	200,7	178,6	162
(5) Pourcentage urbain	73,6	77,3	79,9	80,6	81,1	83,6
(6) Pourcentage rural	26,4	22,7	20,1	19,4	18,9	16,4

Répartition par sexe : Les documents consultés nous ont conduits à choisir un pourcentage de 48 % d'hommes en milieu rural, et 46 % en milieu urbain.

(1) Périodes	1900-09	1910-19	1920-29	1930-39	1940-49	1950-59
(2) Hommes milieu urbain	295,8	333	366,9	384,7	361,8	380,3
(3) Femmes milieu "	347,2	290,9	430,7	451,7	412,9	446,5
(4) Hommes milieu rural	110,2	101,9	96,6	96,4	85,7	77,8
(5) Femmes milieu rural	119,4	110,3	104,6	104,4	92,9	84,2

Les populations sont exprimées en milliers d'habitants.

En raison de la nature même de ces renseignements, les entrées à l'hôpital ont été, elles-mêmes, groupées par périodes de 10 ans.

Nombre d'entrées à l'hôpital, par décades, pour 100.000 habitants

MANIE

	Hommes						Femmes					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Urbain	10,5	38,4	13,1	31,7	27,9	24,7	8,6	25,3	32,7	28,1	10,9	20,6
Rural	26,3	169,8	88	40,5	30,3	59,1	12,6	64,4	76,5	65,1	34,4	38
Total	114,8	69,2	28,7	33,5	28,4	30,6	9,6	33,9	41,3	35,1	14,9	23,4

MELANCOLIE

	Hommes						Femmes					
Urbain	6,8	114,7	42,3	31,4	53,3	48,4	26,2	85,7	83,4	82,8	59,8	56,4
Rural	12,7	395,5	46,6	92,3	179,7	127,2	22,6	188,6	91,8	100,6	120,6	313,5
Total	8,4	180,5	43,1	43,6	77,6	61,8	25,3	108,3	85	86,1	69,6	97,2

Nombre d'entrées, par décades, pour 100.000 habitants

(malades réhospitalisés)

P M D

	Hommes						Femmes					
Urbain	4,1	2,7	2,7	2,6	1,9	3,2	4,6	3,1	3,9	4,4	3,4	2,2
Rural	4,5	6,9	4,1	6,2	12,8	14,1	2,5	5,4	8,6	3,8	7,5	10,7
Total	4,2	3,7	3	3,3	4	5	4,1	3,6	4,9	4,3	4,1	3,6

MANIE

Urbain	3,7	2,4	2,2	3,1	3	3,7	5,7	7,4	7,2	6	6,1	4,9
Rural	8,2	12,8	5,2	9,3	7	7,7	12,6	10	9,6	7,7	12,9	14,3
Total	4,9	5,1	2,8	4,4	3,8	4,4	7,5	8	7,7	6,3	7,2	6,4

MELANCOLIE

Urbain	3,4	3,6	1,4	2,9	6,4	6,3	3,2	9	6,7	7,5	6,5	9,4
Rural	3,6	2,9	5,2	9,3	16,3	24,4	5,9	7,2	15,3	14,4	23,7	52,3
Total	3,4	3,4	2,2	4,2	8,3	9,4	3,9	8,6	8,4	8,8	9,5	16,2

Ces résultats apparaissent plus facilement dans leur représentation graphique des planches III et IV, qui sont établies à partir des entrées calculées par 100.000 habitants.

Il apparaît nettement que d'une façon générale la morbidité rurale est toujours supérieure à la morbidité urbaine, mais surtout, que chez les mélancoliques on assiste à un écart de plus en plus grand entre la morbidité urbaine qui reste à un taux relativement stable, et la morbidité rurale qui, à partir d'un niveau voisin de la morbidité urbaine au début du siècle, devient de plus en plus importante. Chez les femmes on assiste à une véritable explosion mélancolique dans la dernière décade de l'enquête. En fait, on peut dater très précisément ce phénomène à l'année 1948.

On constate en outre qu'au moment de la guerre 1914-1918 la population rurale s'est montrée plus fragile que la population urbaine. Il faut toutefois noter ici qu'il existe une erreur dans le calcul de la morbidité pour cette époque, puisqu'on a considéré que tous les malades militaires provenaient du département du Rhône, ce qui n'est vraisemblablement pas exact.

A moins d'admettre pour la population urbaine, qu'une évolution analogue, est masquée par les hospitalisations en secteur privé, il apparaît que dans un département à structure urbaine prédominante, la rupture de l'équilibre traditionnel au profit du secteur urbain, entraîne dans le milieu rural une fragilisation très importante, qui se traduit dans le cadre de la Psychose maniaco-dépressive, par l'augmentation considérable des mélancolies rurales, alors qu'on ne retrouve pas d'évolution analogue en ce qui concerne les manies, et qu'elle est beaucoup plus discrète en ce qui concerne les P.M.D. vrais.

PLANCHE III

Nombre d'entrées par décades. 1ère et 2ème enquêtes.

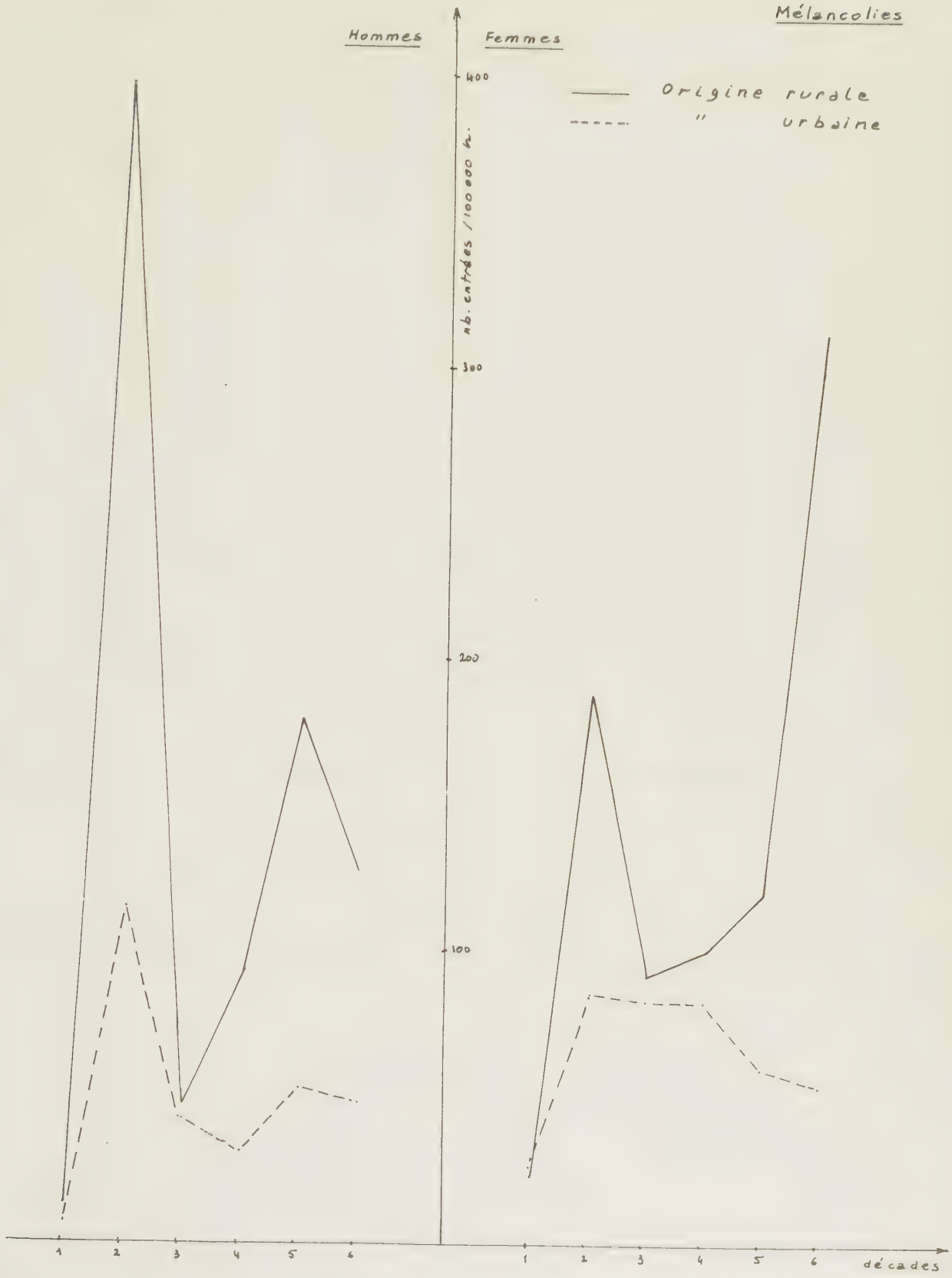


PLANCHE IV

Manies

Hommes Femmes

200

nb. entrées / 100 000 h.

100

Origine rurale

" urbaine

1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6

décades

Nombre d'entrées par décades. 1ère enquête.

Hommes

PMD

Manies

Mélancolies

30

20

10

1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6

décades

Femmes

PMD

Manies

Mélancolies

50

40

30

20

10

1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6

CHAPITRE VIII : D E C E S

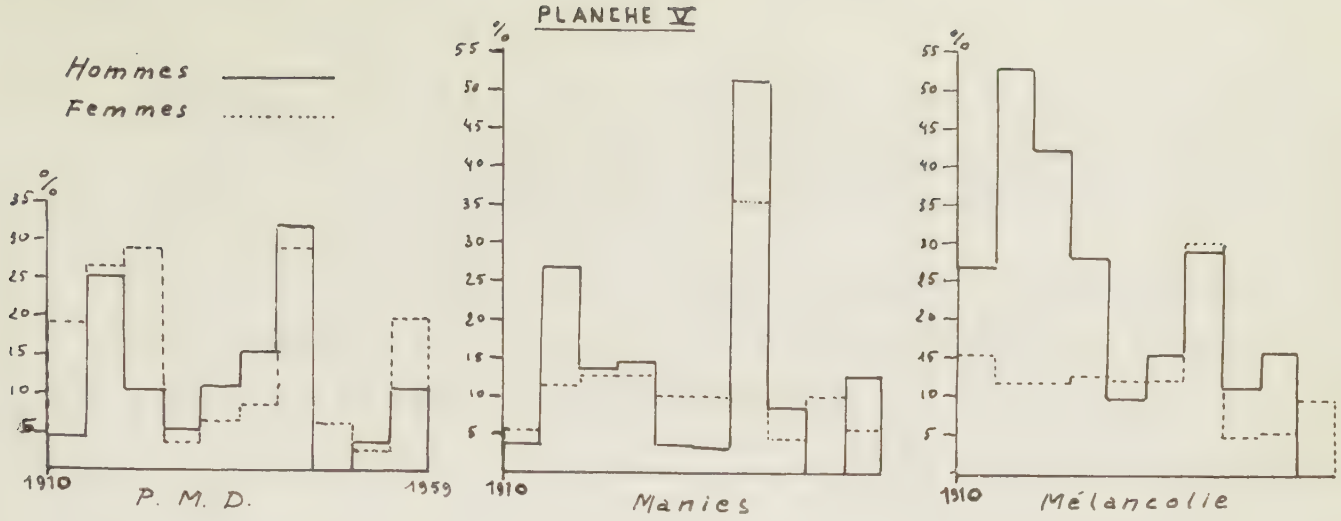
L'intérêt principal d'une étude sur les décès aurait résidé dans l'analyse des causes de la mort. Malheureusement, le diagnostic porté au moment du décès n'a pas figuré dans les renseignements retenus pour l'enquête.

On aurait pu également tenter d'établir la corrélation entre les décès et le nombre d'hospitalisations ou entre les décès et la durée d'évolution connue de la maladie, etc... Les paramètres sont nombreux. Mais en dernière analyse, tous les tableaux de corrélation qui auraient été ainsi obtenus, auraient dû être mis eux-mêmes en corrélation avec l'âge de décès. Et finalement, seule une comparaison entre l'espérance de vie des malades et celle de la population générale, aurait pu valider les résultats. Nous n'avons pas pu nous procurer les renseignements relatifs aux décès de la population générale, pendant toute la durée de l'enquête, si bien que finalement, nous ne donnons ici (Planche V) que des tableaux représentant la morbidité hospitalière, par périodes de 5 ans. Cette mortalité est calculée à partir du nombre des décès au cours de la période, rapporté au nombre de malades présents à l'hôpital.

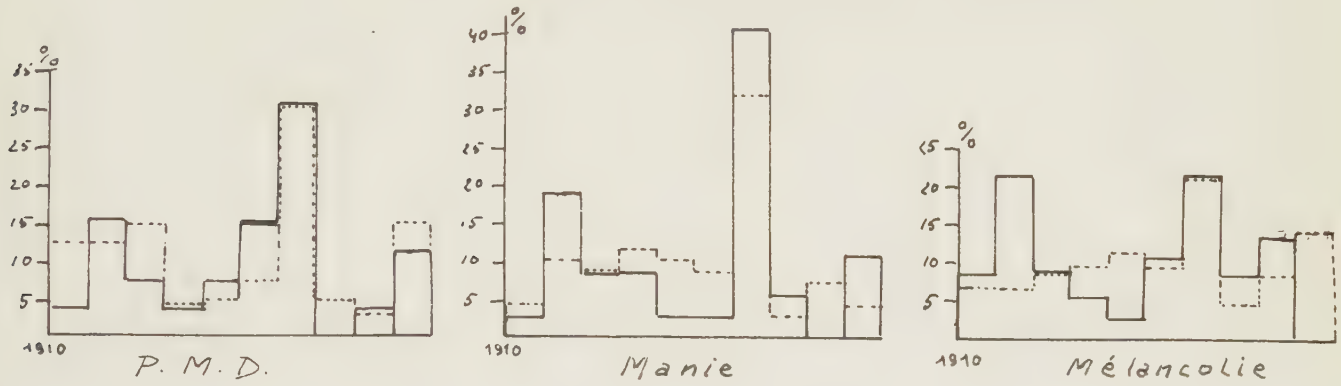
Par comparaison, nous avons établi, par période de cinq ans également, le pourcentage de décès par rapport au nombre total de décès au cours de l'enquête.

Il n'y a pas de décès avant 1910 (parmi les malades hospitalisés à partir de 1900). Les graphiques sont assez peu significatifs. Ils mettent en évidence l'augmentation considérable de la morbidité pendant les deux périodes de guerre mondiale. On est surpris de constater que la mortalité est supérieure au cours de la 1ère guerre mondiale, parmi les mélancoliques hommes. L'égalisation de ces deux périodes dans le graphique représentant les décès en pourcentage du total, s'explique par l'augmentation de la population mélancolique. De même parmi les malades hospitalisés

PLANCHE V



1ère Enquête : Mortalité par périodes de 5 ans.

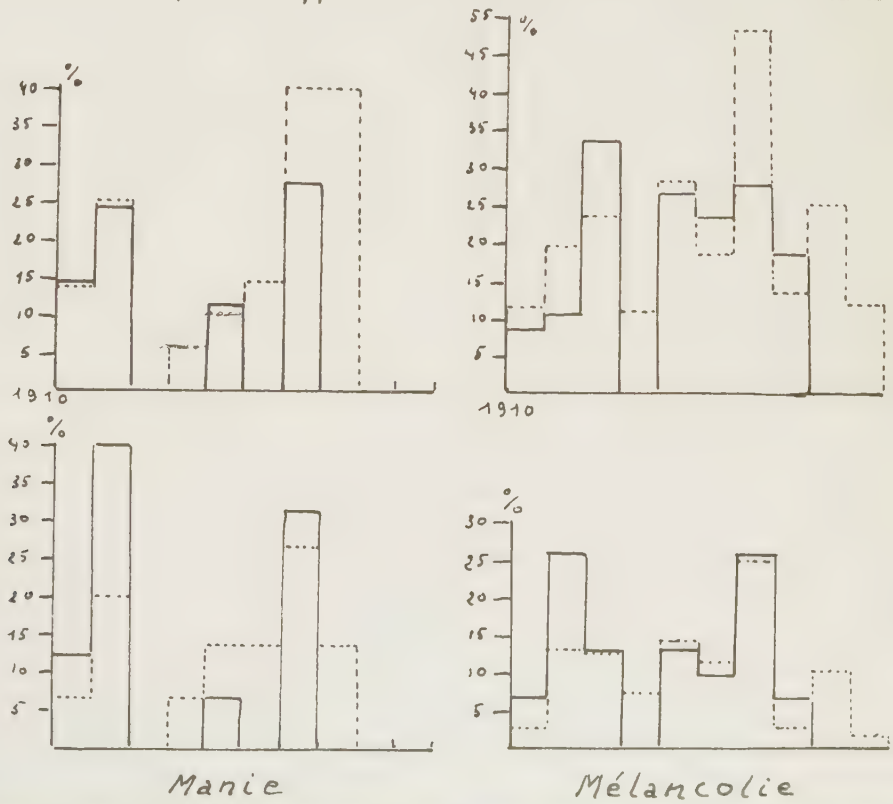


1ère Enquête : % de décés par périodes de 5 ans par rapport au nombre total de décés.

2ème Enquête

Mortalité

Décés par 5 ans sur total des Décés



une seule fois, la guerre 1914-1918 ne se marque pas par un taux de mortalité très élevé. Le pic important du graphique représentant les décès en pourcentage du total, s'explique par l'arrivée massive des militaires.

Dans les groupes Manie et P.M.D., la similitude des deux graphiques s'explique par la constance relative de la population, d'un bout à l'autre de l'enquête.

3ème P A R T I E

ETUDE DU NOMBRE DES HOSPITALISATIONS ET DE LEUR DUREE

3ème PARTIE

ETUDE DU NOMBRE DES HOSPITALISATIONS ET DE LEUR DUREE

Pour apprécier les modalités évolutives de la maladie il aurait fallu étudier de façon globale à la fois le nombre et la durée des hospitalisations, et la durée des intervalles libres entre deux séjours à l'hôpital.

Nous n'avons pu mettre en oeuvre aucune méthode satisfaisante pour parvenir à une étude aussi complète. Aussi avons-nous commencé par étudier les tendances générales qui se dégagent de la distribution des malades selon la longueur de la séquence d'hospitalisation (c'est-à-dire le nombre d'hospitalisations), et de la distribution des durées des séjours à l'hôpital pour chaque hospitalisation de rang déterminé.

Cette étude générale a porté sur l'ensemble de l'enquête concernant les malades hospitalisés, pour toute la période qu'elle recouvre, c'est-à-dire sans tenir compte d'éventuelles modifications de comportement en fonction du temps. En effet, nous espérions que la distribution laisserait apparaître des populations de comportements différents, dans la mesure où les variations de la thérapeutique auraient pu provoquer de tels changements.

Il n'en a rien été, et nous avons dû secondairement nous livrer à une partition de l'enquête en deux périodes pour pouvoir apprécier les différences. Nous avons établi la frontière entre les deux périodes à la fin de l'année 1942.

Ce choix répond à plusieurs critères, et non seulement à l'introduction des thérapeutiques de choc qui semblent avoir été utilisées largement, à une date légèrement postérieure. En effet, on peut considérer que ce n'est pas seulement la thérapeutique qui influe sur la durée de séjour à l'hôpital, mais aussi les conditions générales de fonctionnement de l'institution hospitalière, et en tout premier lieu, l'encombrement.

Les conditions socio-économiques environnantes ne sont pas non plus étrangères à cette durée, un malade pouvant se resocialiser plus facilement en période de plein emploi, qu'en période de stagnation économique. La situation d'après-guerre pouvait être favorable à ce point de vue, si on la compare aux années de crises qui ont marqué la période comprise entre les deux guerres. Enfin, on a voulu aussi répartir sur chaque période un éventuel phénomène propre à la 2ème guerre mondiale.

L'ensemble de cette étude est faite sur les malades réhospitalisés après élimination des malades ayant présenté à coup sûr un transfert (Fichier restreint). Dans la 2ème enquête (malades n'ayant eu qu'une hospitalisation) nous avons éliminé, outre les malades transférés, les militaires hospitalisés au moment des guerres. Ceci ramène cette population de malades à une estimation de 3.000. (Mélancoliques)

CHAPITRE I : NOMBRE D' HOSPITALISATIONS

L'allure générale de la distribution des malades ayant eu n hospitalisations est donnée pour le diagnostic mélancolie, d'une part, manie et P.M.D. regroupés ensemble d'autre part, par le tableau suivant et par le graphique de la planche VI. On constate que cette distribution est asymétrique : très grand nombre de courtes séquences d'hospitalisations (2 ou 3 hospitalisations) et, étirement de la courbe du côté des séquences longues. Dans ce cas, les valeurs moyennes n'ont que peu de sens, ou plus exactement n'ont de sens qu'à l'intérieur de l'enquête. Ceci veut dire que l'échantillonnage du Vinatier n'est représentatif de l'ensemble des maniaco-dépressifs que par sa tendance générale, et non par sa valeur moyenne absolue.

Ceci est vrai en raison de l'asymétrie de la courbe et en raison du mode d'investigation : il subsiste une incertitude en ce qui concerne le rang d'une hospitalisation, malgré l'élimination des malades transférés, car un malade arrivant à l'hôpital pour la 1ère fois, a pu être hospitalisé ailleurs antérieurement.

On est donc amené à une comparaison globale des distributions.

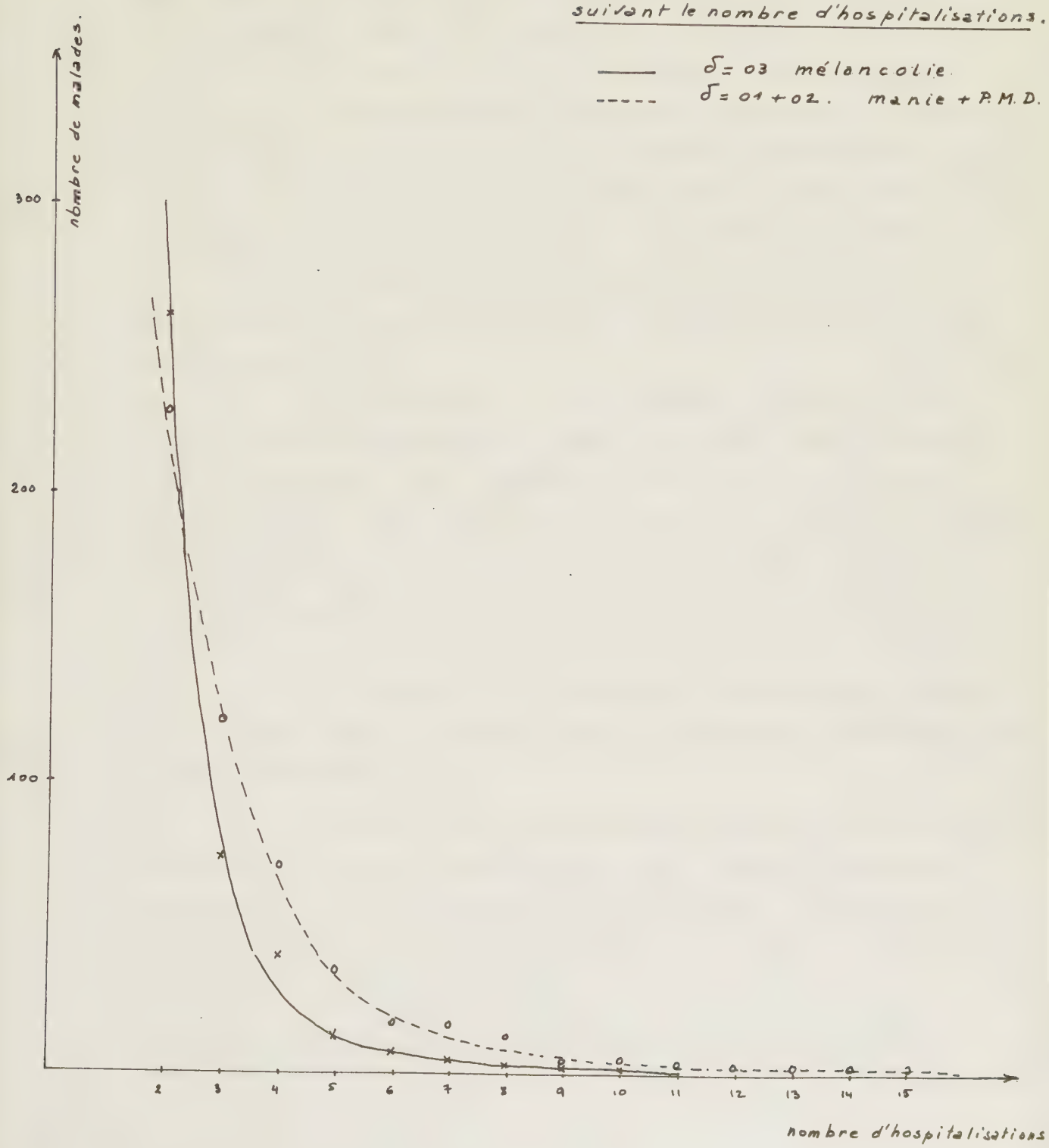
1°) Influence du sexe - Il n'y a pas de différences significatives entre la longueur des séquences dans les 3 diagnostics, entre les hommes et les femmes. Ceci est d'autant plus notable qu'on a vu que les femmes étaient de beaucoup les plus nombreuses. Cette fréquence plus grande du sexe féminin, rend compte à elle seule du fait que les séquences très longues correspondent à des femmes.

Donc une fois hospitalisés, les hommes et les femmes ont un même comportement hospitalier. Ceci a l'avantage de pouvoir les regrouper, et donc d'augmenter le nombre d'observations dans chaque catégorie.

TABLEAU DE REHOSPITALISATION (Fichier restreint)

	Mélancolie					Manie					P.M.D.				
n	H	F	Tot.	Av. 43	Apr. 42	H	F	Tot.	Av. 43	Apr. 42	H	F	Tot.	Av. 43	Apr. 42
2	94	169	263	149	114	52	97	149	102	47	29	52	81	51	30
3	17	49	66	27	39	24	48	72	51	21	28	25	53	31	22
4	13	28	41	17	24	13	27	40	34	6	17	16	33	22	11
5	6	8	14	4	10	6	14	20	15	5	9	6	15	12	3
6	0	8	8	3	5	1	6	7	3	4	5	5	10	5	5
7	0	5	5	2	3	6	7	13	8	5	2	2	4	4	0
8	0	1	1	0	1	2	6	8	6	2	2	3	5	5	0
9	1	1	2	1	1	1	1	2	2		1	1	2	2	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5	3	2
11	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	2	1	1
12	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0
13	1	0	1	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	
14	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0
15						0	1	1	1	0	0	1	1	0	1
16						1	0	1	1	0					
26						0	1	1	1	0					
28						0	1	1	1	0					

PLANCHE VI


1ère enquête
Répartition des malades
suivant le nombre d'hospitalisations.
δ = 03 mélancolie.
δ = 01 + 02. manie + P.M.D.
nombre de malades.
300
200
100
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
nombre d'hospitalisations

2°) Comparaison des différents diagnostics entre eux.

Les mélancolies d'involution, en nombre trop restreint (38) pour être étudiées séparément, semblent se comporter de façon analogue aux mélancolies, en ce qui concerne la longueur des séquences. On les étudiera dorénavant ensemble.

La comparaison par l'utilisation du χ^2 de Pearson, établit que les mélancolies se comportent différemment des Manies et des P.M.D. qui ont, elles, une distribution semblable des séquences. Ceci paraît pouvoir s'expliquer par la prédominance très nette des hospitalisations pour manie, par rapport à celles qui ont été nécessitées pour mélancolie, chez les P.M.D.

Les différences essentielles entre Mélancolie et Manie-P.M.D. apparaissent bien sur le graphique de la planche VI Cette figure montre :

- le croisement des deux courbes, exprimant le fait que la fréquence des malades n'ayant eu que deux hospitalisations est bien supérieure chez les mélancoliques (65 %) que chez les maniaqnes et les P.M.D. (43 % pour l'ensemble de ces deux groupes) (Manie : 46 % - P.M.D. : 38 %. Différence non significative). Par contre la fréquence des séquences de 3 à 6 hospitalisations est significativement plus importante chez les manies et les P.M.D.

- l'étirement de la courbe vers les séquences longues est analogue dans les deux cas, mais les fréquences des mélancolies restent inférieures.

L'allure de ces courbes suggère qu'elles se comportent comme des fonctions bilogarithmiques, et a conduit à rechercher si on pouvait leur ajuster une courbe théorique. Seule la distribution des séquences, chez les mélancoliques, permet l'ajustement d'une courbe théorique qui répond à la loi de Paréto.

Ceci aurait eu l'avantage de permettre le calcul statistique des probabilités de réhospitalisation. Malheureuse-

ment la formule n'est pas calculable. Cette fonction théorique permettait également une prévision du nombre des malades n'ayant eu qu'une seule hospitalisation : prévision de 2.500. On a vu déjà qu'on aboutit à une estimation expérimentale de 3.000. Mais dans la courbe de Paréto, les erreurs sont grandes dans les parties extrêmes, et surtout, du côté des grandes valeurs.

3°) Evaluation du risque de réhospitalisation

Cette évaluation ne peut donc être faite que sur la valeur expérimentale des distributions. Elle montre qu'un mélancolique qui a eu 2 hospitalisations a environ 3 chances sur 10 d'en avoir une 3ème, alors qu'un maniaque ou un P.M.D. a 6 chances sur 10 de revenir pour une 3ème hospitalisation. Cette probabilité n'apparaît pour les mélancoliques qu'à la 6ème hospitalisation, alors que les maniaques et les P.M.D. ont alors 7 chances sur 10 de revenir une septième fois.

Cette évaluation n'exprime que la tendance générale des mélancoliques à revenir moins souvent à l'hôpital.

Il est plus intéressant de voir si, est apparue, entre les deux périodes déterminées, une variation du risque de réhospitalisation.

Nous donnons, ci-dessous, ce risque pour les deux périodes, et pour les diagnostics "manie" et "mélancolie", étant entendu que les P.M.D. suivent de très près le sort des manies. Ce risque a été établi, avant 1943, pour les seuls malades n'ayant eu qu'une hospitalisation au-delà de la date limite de la période. Nous avons voulu, en effet, éliminer tous ceux pour qui la séquence d'hospitalisation a pu obéir à deux déterminismes différents, en se trouvant à cheval sur les deux périodes. Chaque chiffre indique le pourcentage de chances de faire une $n^{ième}$ hospitalisation après en avoir fait $n - 1$.

	n - 1	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Mélancolie	1e période	12	21	37	55	60		
	2e période	17	42	54	47	54	58	50
Manie	1e période	20	55	47	66	88	62	40
	2e période	28	49	52	74	70	66	37

Une différence manifeste apparaît entre les deux périodes, chez les mélancoliques où le risque de réhospitalisation, avant 1943, était nettement inférieur jusqu'à la 4ème hospitalisation. Au-delà de la 6ème, le trop petit nombre de cas interdit toute prévision. Il n'en va pas de même après 1942, ce qui témoigne d'un allongement des séquences au cours de la seconde période.

Chez les maniaques, on ne peut guère retenir qu'un risque légèrement plus important de faire une 2ème hospitalisation après 1942. Pour les hospitalisations de rang égal ou supérieur à 2, on ne peut retenir aucune différence.

CHAPITRE II : ETUDE DES DUREES D'HOSPITALISATIONS - TENDANCES GENERALES

De même que pour les longueurs de séquences, les différences ne sont pas significatives entre les hommes et les femme, qui seront donc étudiés ensemble.

Ici encore, l'étude porte sur l'ensemble de la population réhospitalisée, sans qu'on ait tenu compte de la période historique. On ne verra donc apparaître ici que des tendances générales.

1°) Mélancolie

Les faibles données pour les fréquences supérieures à 6 hospitalisations, imposent une étude particulière pour les 6 premières.

La distribution des durées d'hospitalisation de rang inférieur ou égal à 6, présente un rapport de corrélation significatif, indiquant qu'il existe une liaison entre la durée des hospitalisations et leur rang.

Pour chaque rang d'hospitalisations, les distributions (ouvertes, puisque la dernière n'est pas limitée) ont une allure asymétrique, ce qui enlève ici aussi, toute valeur de prévision aux moyennes. Cependant les variations de ces moyennes indiquent la tendance générale.

On remarque :

- une première hospitalisation de courte durée moyenne.
- une augmentation des moyennes de durée pour les hospitalisations 2 - 3 et 4.
- puis, à partir de la 5ème hospitalisation, les durées courtes sont la règle. Mais il subsiste quelques longues durées, dont la présence ou l'absence influent énormément, au-delà de la 6ème hospitalisation, sur les valeurs

moyennes. Mais ce groupe de séquences de rang élevé correspond seulement à 11 malades (longueur de séquence maximum : 14).

Cette tendance générale s'explique en fait non par l'augmentation générale des durées pour les hospitalisations 2. 3. 4., mais par un nombre plus important d'hospitalisations longues. Ceci est bien mis en valeur, d'une part, par la constance remarquable des moyennes calculées pour les hospitalisations inférieures à 1 an, quel que soit leur rang (moyenne oscillant entre 76 et 92 jours) et, d'autre part, par l'augmentation du nombre des longues hospitalisations (supérieures à 1 an).

- 1ère	Hospitalisation	: 10 %	d'hospitalisations	longues
- 2ème	"	: 20 %	"	"
- 3ème	"	: 18 %	"	"
- 4ème	"	: 18 %	"	"
- 5ème	"	: 9 %	"	"
- 6ème	"	: 15 %	"	"

Trois types d'hospitalisations se dessinent :

- Un premier groupe (le plus nombreux) d'hospitalisations courtes (891 hospitalisations sur 1106), de rang inférieur ou égal à 6.

- Un deuxième groupe d'hospitalisations longues (171 sur 1106) de rang inférieur ou égal à 6.

- Un troisième groupe très restreint (41) d'hospitalisations courtes et de rang supérieur à 6. Mais ce groupe ne correspond qu'à 11 malades seulement.

Les deux premiers groupes correspondent en fait aux même malades, les hospitalisations longues représentant souvent l'hospitalisation terminale, comme nous le verrons plus loin.

Le dernier groupe correspond à un mode évolutif différent, puisque chez ces malades, toutes les hospitalisations sont courtes.

Mais ces observations ne valent que pour les malades réhospitalisés, puisque chez les malades hospitalisés une seule fois, 36 % font une hospitalisation longue. Ceci signifie que les malades qui seront réhospitalisés sont essentiellement recrutés dans le lot de malades faisant la 1ère fois, un court séjour à l'hopital.

2°) Manie et P.M.D.

Ces deux groupes se comportent également de façon semblable.

Il existe également ici un rapport de corrélation significatif, entre la durée et le rang de l'hospitalisation. Mais, à la différence des mélancolies, ceci est vrai jusqu'à la 10ème hospitalisation (il y a des séquences de 28 hospitalisations).

La variation des durées moyennes fait apparaître :

- la courte durée de la 1ère hospitalisation, très proche de celle des mélancolies.
- un plateau extrêmement net de la 2ème à la 8ème hospitalisation dont la valeur se situe entre 1 et 2 ans.
- une diminution des durées à partir de la 9ème hospitalisation.

Donc la tendance générale est analogue à celle des mélancolies, à cetta différence importante près, qu'il existe un plateau beaucoup plus long puisqu'il va de la 2ème à la 8ème hospitalisation.

Ce plateau correspond au plus grand nombre d'hospitalisations constatées chez les maniaques et les P.M.D., par rapport aux mélancoliques.

Ici encore la moyenne des durées inférieures à 1 an, montre une constance remarquable, aux alentours de 100 jours, quel que soit le rang de l'hospitalisation. Le pourcentage des hospitalisations longues, est deux fois plus élevé pour les hospitalisations 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. que pour la première.

Le risque pour un maniaque ou un P.M.D., de faire des hospitalisations longues, de rang élevé, est simplement en relation avec le plus grand nombre d'hospitalisations. S'il est vrai qu'après la 2ème hospitalisation un maniaque a plus de risque à faire une 3ème hospitalisation longue c'est parce qu'il a plus de risque à en faire une 3ème.

Le risque est de 22 % pour les mélancoliques contre 28 % pour les maniaques. Le calcul des intervalles de confiance montre que cette différence n'est pas significative.

Ceci est confirmé par l'égalité du rapport hospitalisations longues, sur hospitalisations courtes chez les maniaques, P.M.D. et mélancoliques. Ce rapport est dans tous les cas un peu inférieur à 20 %.

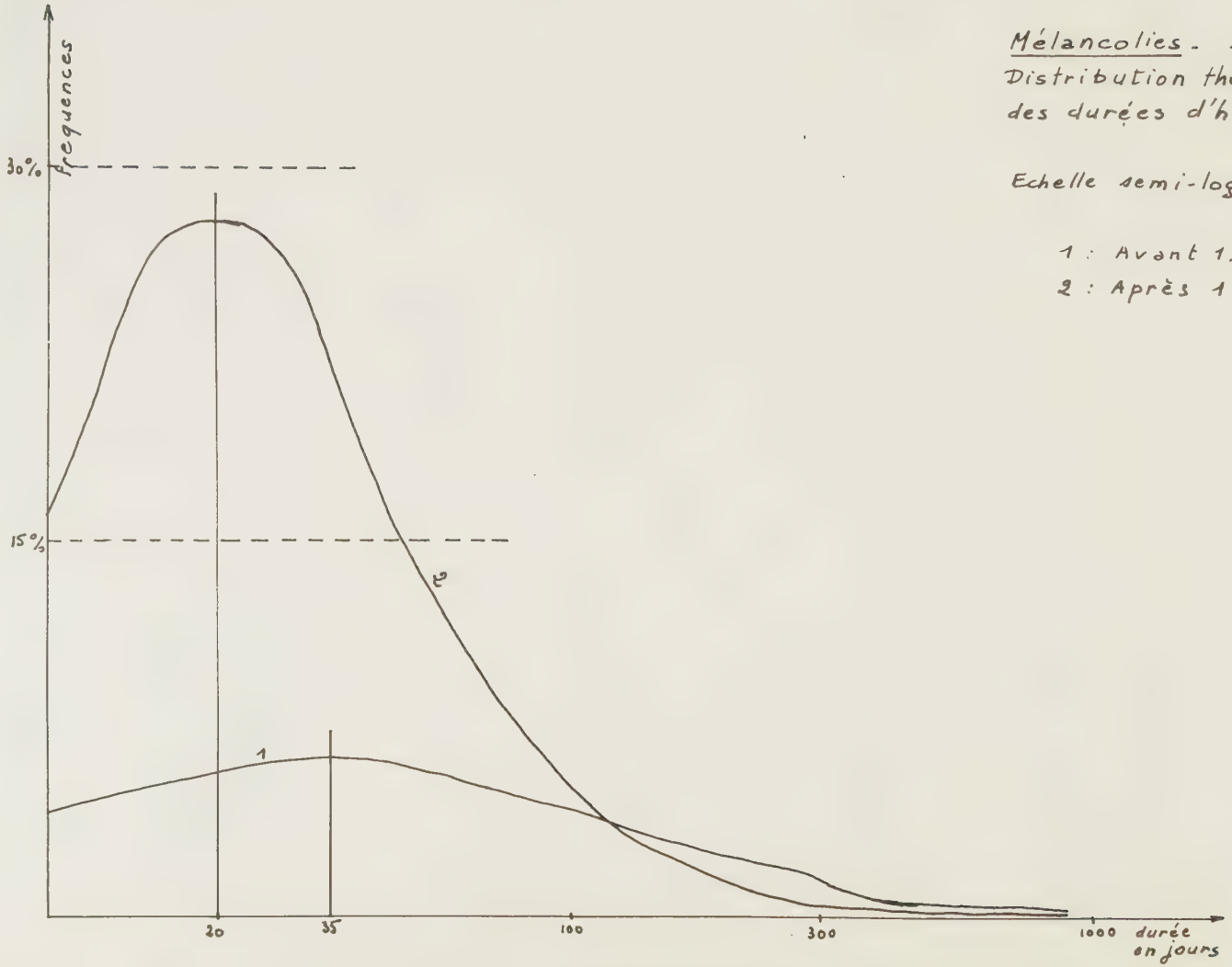
CHAPITRE III : VARIATIONS DES DUREES DES 2 PREMIERES HOSPITALISATIONS AVANT ET APRES 1942

Nous illustrerons ces tendances générales par les graphiques suivants qui concernent la 1ère et la 2ème hospitalisations. En même temps, ils vont permettre d'analyser les variations de ces données, en fonction de la période historique considérée.

Ces graphiques ont été établis en divisant arbitrairement la population des malades selon qu'ils ont été hospitalisés avant 1943 ou après 1942, étant admis qu'avant et après cette date, les conditions d'hospitalisation, de traitement, et d'environnement social ont été considérablement modifiés.

La représentation graphique des distributions des durées se heurtait à la difficulté résultant du fait que les classes de durées établies au moment du codage de l'enquête n'ont pas uniformément la même valeur (pour la 1ère année d'hospitalisation : 18 classes de 20 jours. Ensuite, classe de 1 an jusqu'à la classe 27, et classe 28 de durée indéterminée, supérieure à 10 ans. Nous avons rencontré des durées d'hospitalisation de 45 ans...) Aussi a-t-il paru intéressant de reproduire les distributions non plus en fonction de la durée, mais en fonction du logarithme décimal de la limite supérieure de chaque classe. (Sauf pour la dernière, bien entendu...)

La planche VII représente cette distribution, en coordonnées, semi-logarithmiques, des durées de la 2ème hospitalisation des mélancoliques. La courbe 1 correspond aux malades hospitalisés entre 1900 et 1942, la courbe 2, aux malades de la période 1943-1959. On voit que ces courbes sont des courbes de Gauss. De telles



Mélancolies. 2° hospitalisation
Distribution théorique
des durées d'hospitalisation

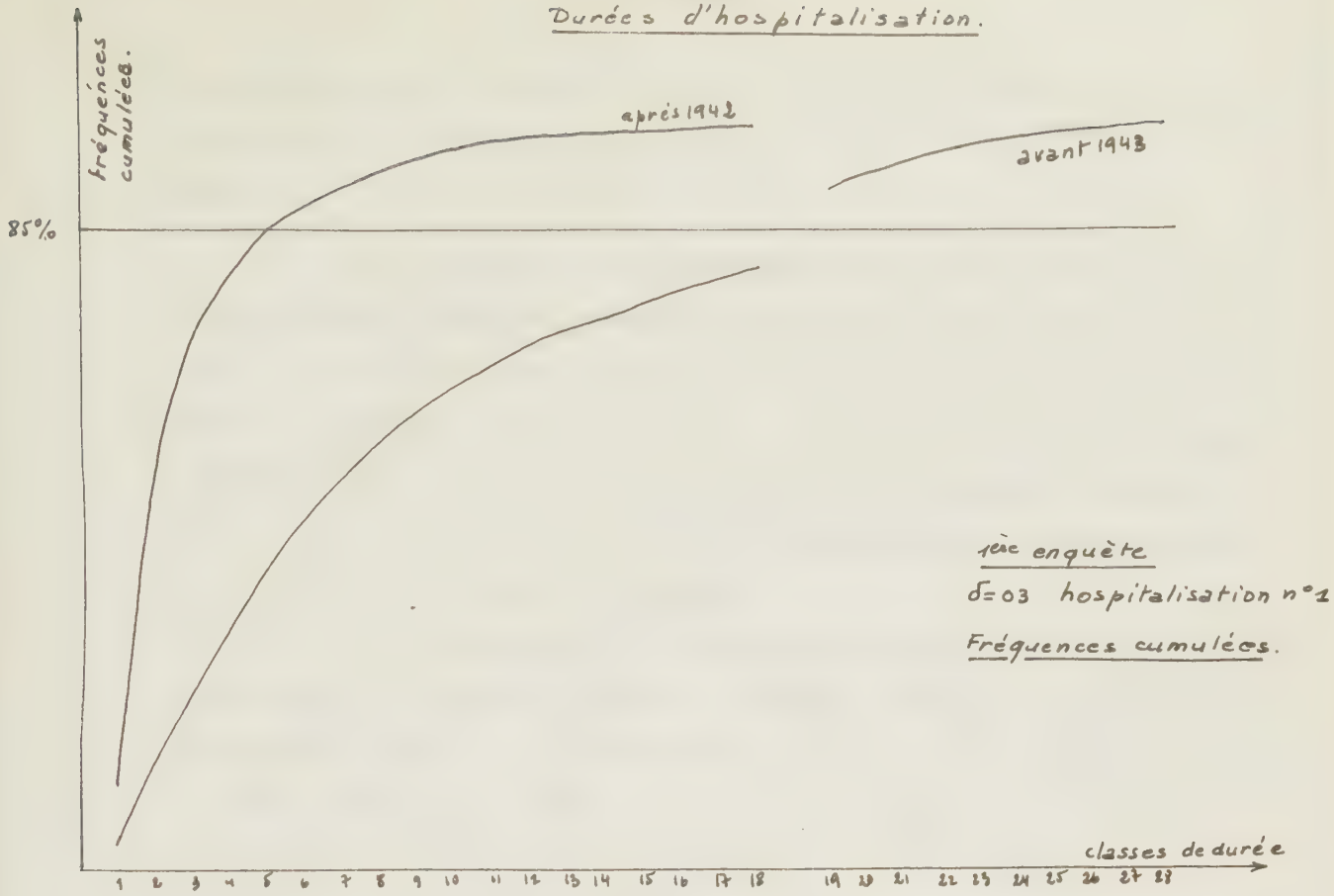
Echelle semi-logarithmique.

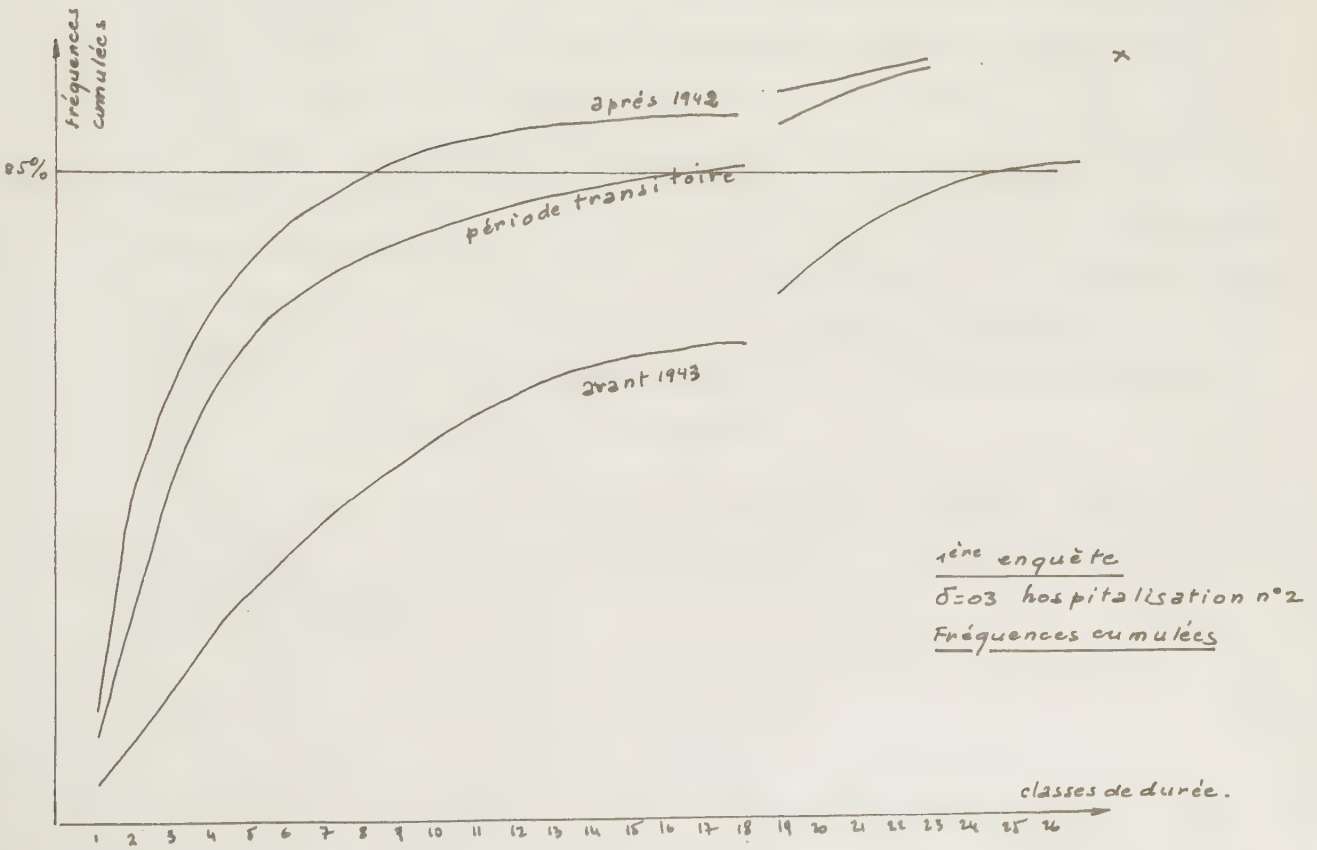
1 : Avant 1943
2 : Après 1942

PLANCHE VII

PLANCHE VII

Durées d'hospitalisation.





distributions sont dites "Log-normales" (1). L'augmentation de fréquence des hospitalisations courtes après 1942 apparaît clairement.

La planche VIII représente pour les mélancoliques, les deux premières hospitalisations, en fréquence cumulée. On voit que pour la 1ère hospitalisation, 85 % des malades sortent après une durée de classe 4 (soit 80 jours), et qu'il n'y a pratiquement pas d'hospitalisations longues, alors que ce même pourcentage n'est atteint, pour les malades correspondant à la première période, qu'au cours de la 2ème année.(L'interruption des courbes indique le changement de durée des classes).

Le graphique de la 2ème hospitalisation se lit de la même façon. La courbe dénommée "période transitoire" correspond aux malades dont la 1ère hospitalisation se situe avant 1943, et la 2ème après 1942. Dans ce cas particulier, la distribution des durées est intermédiaire entre celle des malades qui ont eu 2 hospitalisations avant ou après 1943.

Mais cette représentation graphique n'est guère satisfaisante, dans la mesure où elle ne permet que difficilement les comparaisons entre les deux périodes, ou entre les hospitalisations de rang ou de diagnostics différents. Dans le double but de préciser ces comparaisons, et de déterminer les distributions Log-normales prévues par les courbes de la planche VII, on a représenté les distributions en coordonnées Gausso-Logarithmiques. En absisse, sont portés les logarithmes décimaux des valeurs supérieures des classes de durée; en ordonnée, une variable z qui aurait les mêmes fréquences cumulées que la distribution expérimentale (Planche IX et suivantes).

(1) Il s'agit de distributions difficiles à étudier. Connues théoriquement, il y a encore peu d'exemples de distributions réelles qui y répondent.

Il est alors possible d'ajuster une droite à la distribution expérimentale, moyennant une correction légère des durées expérimentales (moins 10 jours pour la 1ère hospitalisation). Cette procédure est statistiquement justifiée dans la mesure où l'on travaille, non sur les valeurs réelles, mais sur les valeurs supérieures des classes de durées. La distribution réelle est représentée sur la planche IX par les croix, la distribution corrigée par les points. L'écart pour chaque fréquence, entre le point et la croix correspond toujours à la même valeur, malgré les apparences graphiques qui résultent de la représentation logarithmique.

On parvient ainsi à ajuster de façon acceptable, une droite théorique correspondant à une distribution que les mathématiciens dénomment "distribution log-normale". Exemple : pour la 1ère hospitalisation des mélancoliques (planche VII) dans la période 1943-1959, cette droite correspond à l'équation :

$$z = 2,13 \log (x - 10) - 3,16$$

qui correspond a une telle distribution.

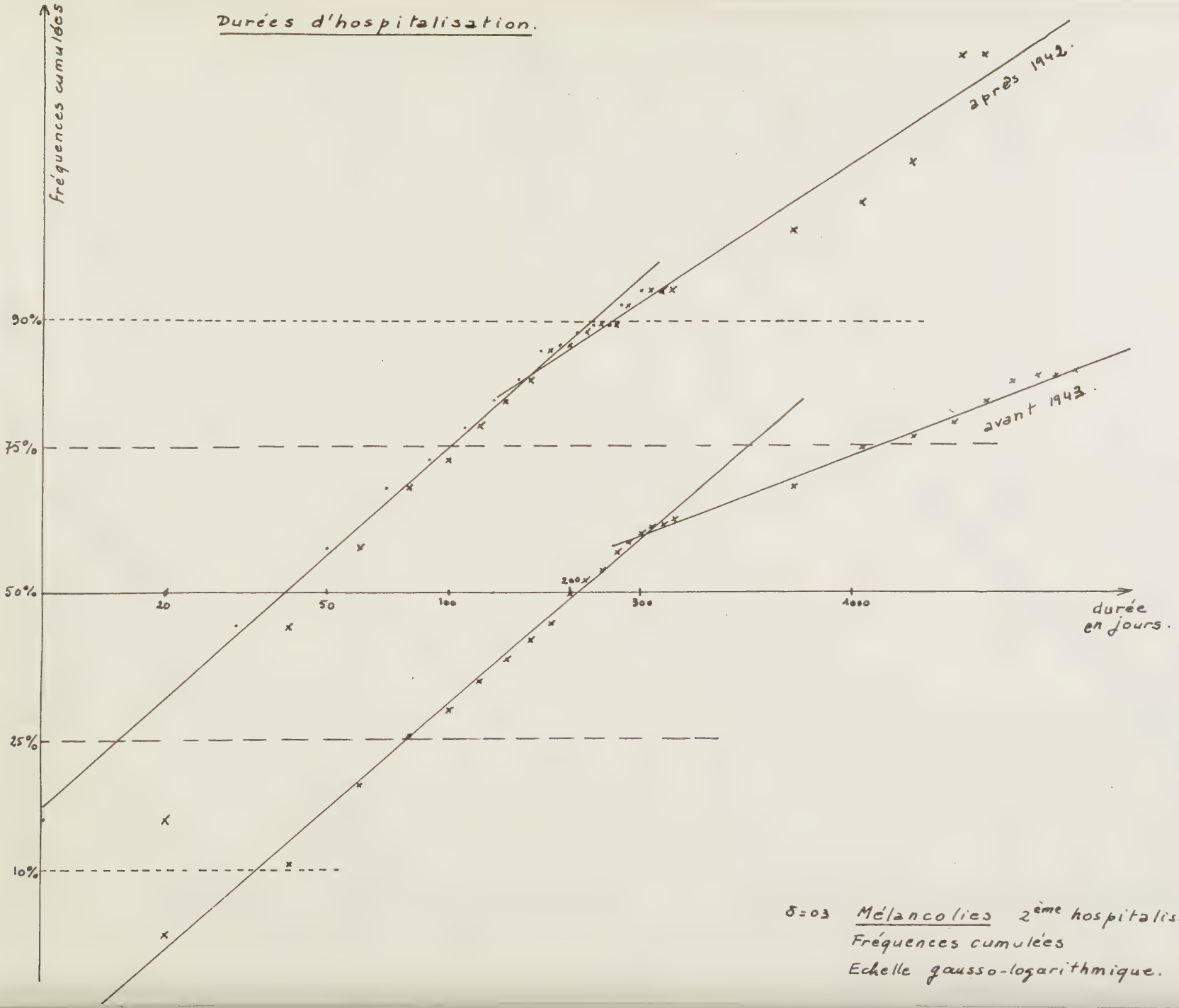
Dans la période 1900-1942, on voit que deux droites sont nécessaires pour rendre compte de la distribution. Chacune d'elles correspond à une distribution log-normale. C'est la conjonction de ces deux distributions qui rend compte de la distribution expérimentale.

Ces graphiques permettent donc de comparer le comportement des malades, pour une hospitalisation déterminée, au cours des deux périodes que nous avons choisies.

On voit que très souvent, il faut rendre compte de la distribution, par deux droites. C'est dire qu'elle correspond en fait à deux groupes de population.

On a ainsi une population homogène dans son comportement, pour les courtes durées, et une autre pour les durées longues. Généralement lorsque ce phénomène se produit, la pente de la droite correspondant aux longues durées est inférieure à celle de la droite rendant compte des courtes durées. La pente de la droite

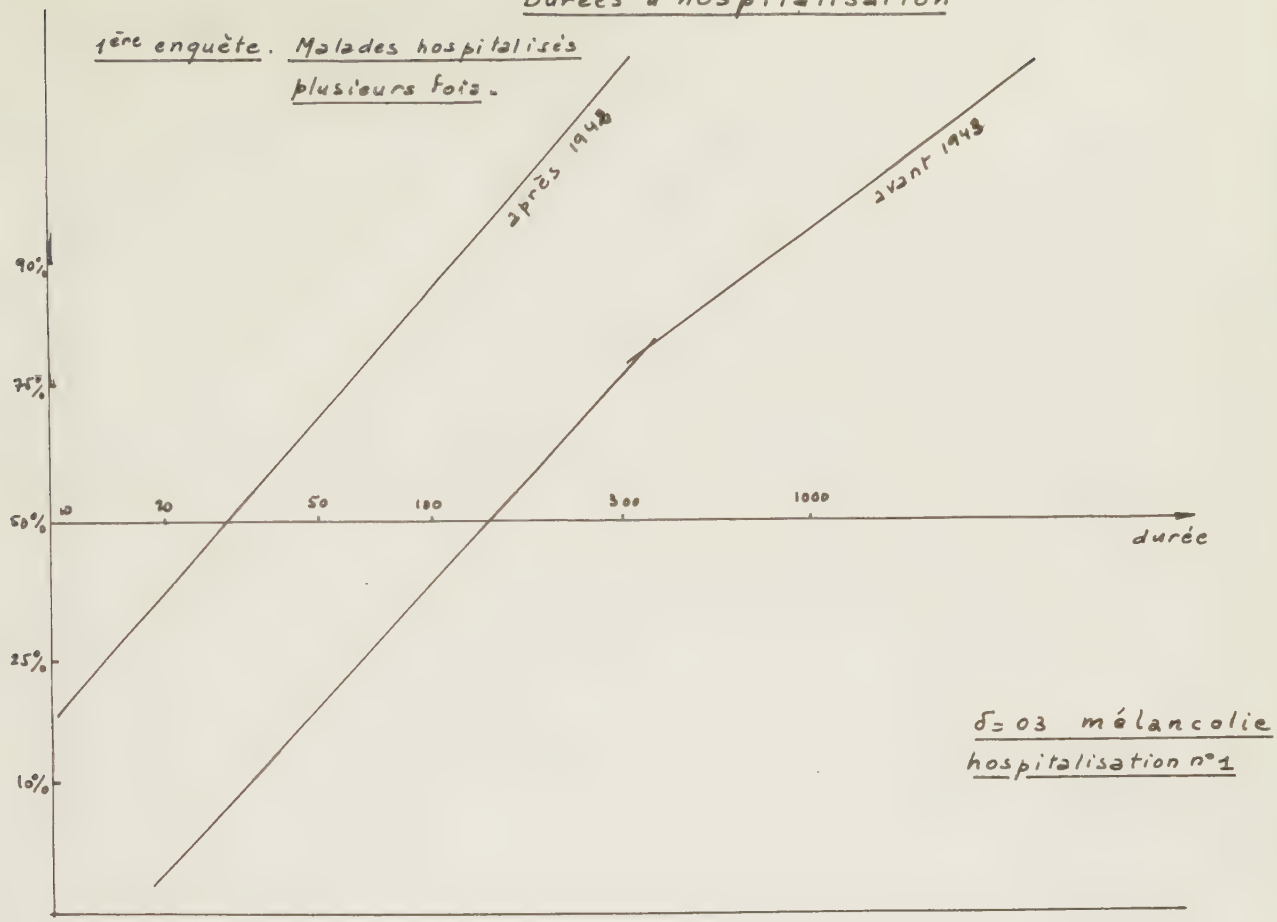
PLANCHE IX



δ=03 Mélancolies 2ème hospitalisation
Fréquences cumulées
Echelle gausso-logarithmique.

PLANCHE X

Durées d'hospitalisation



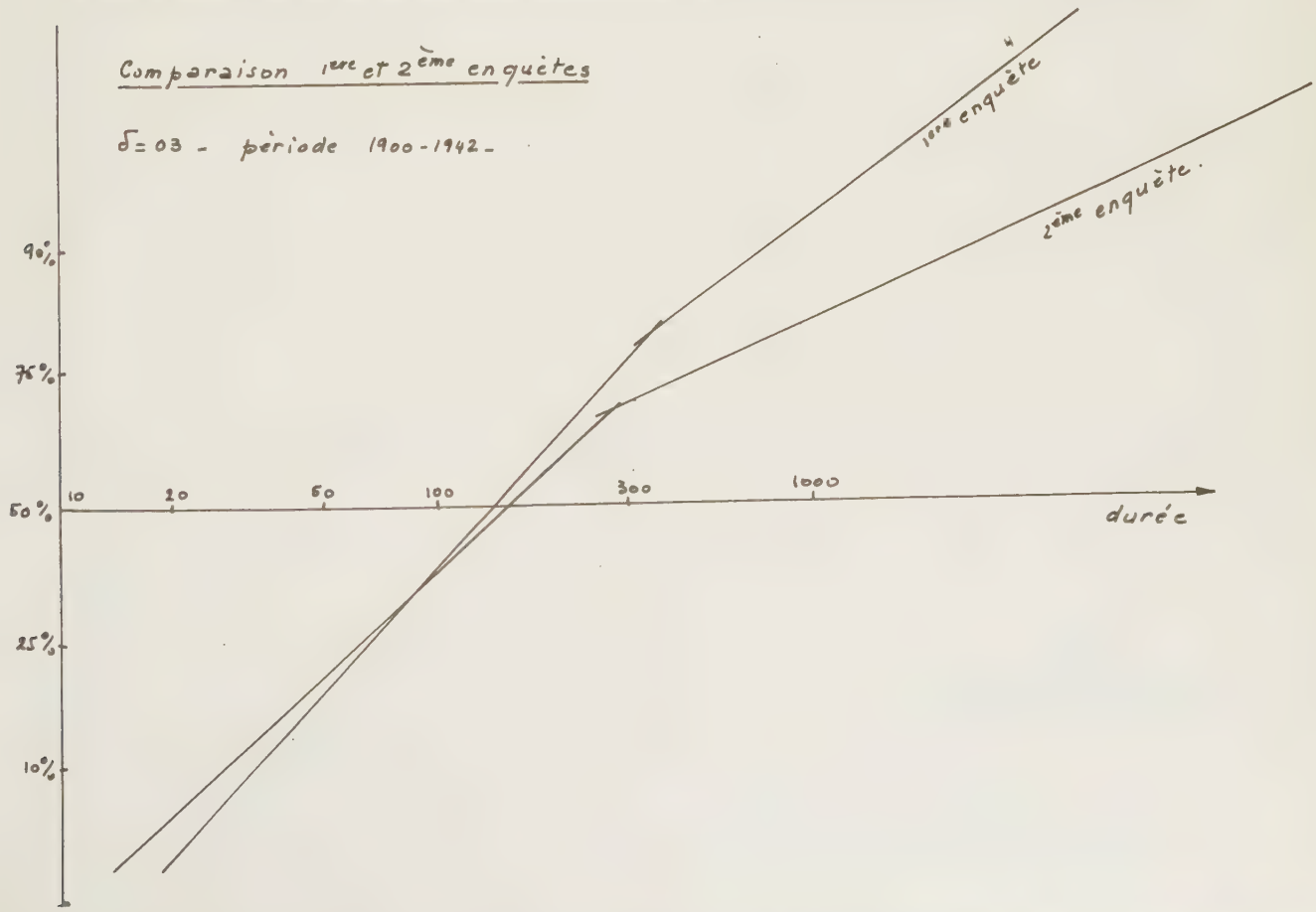
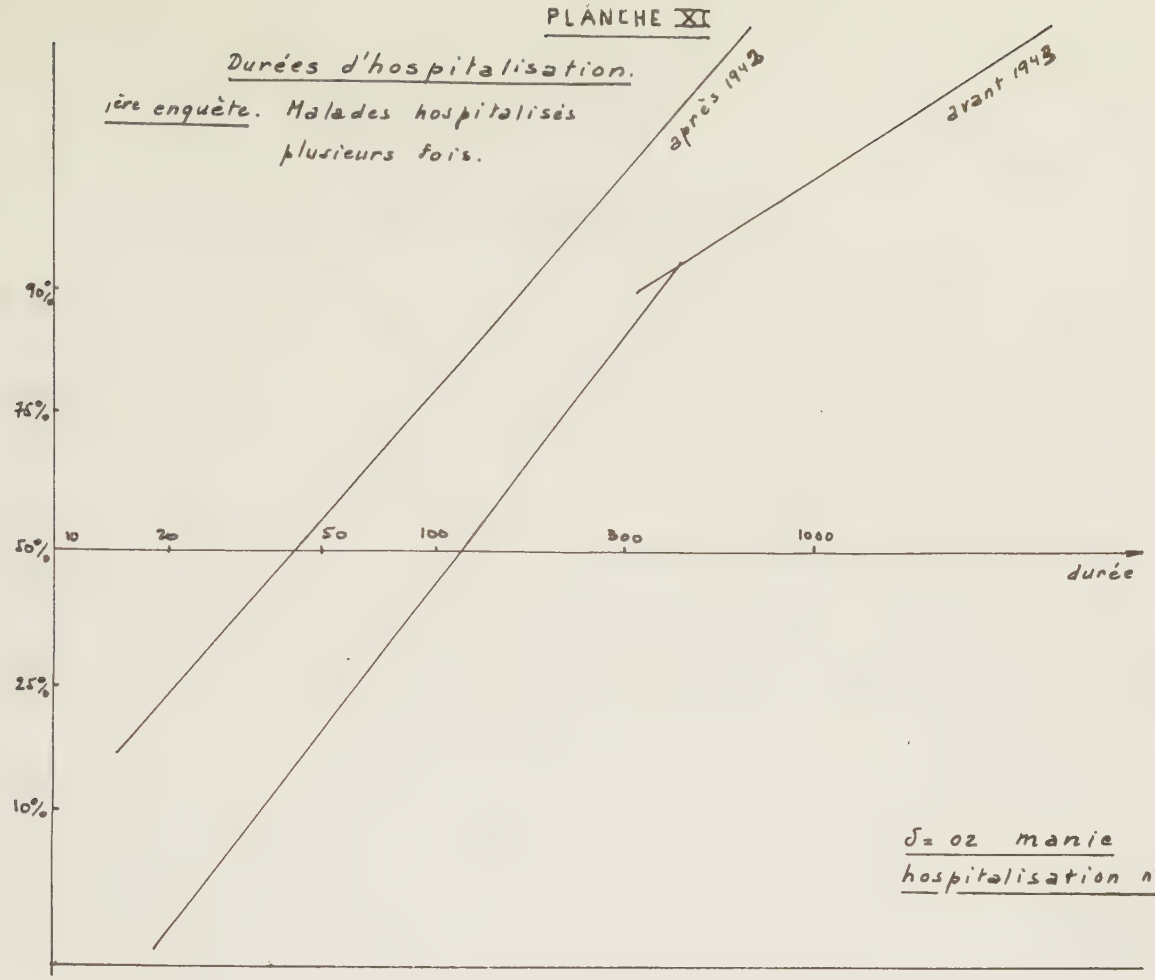


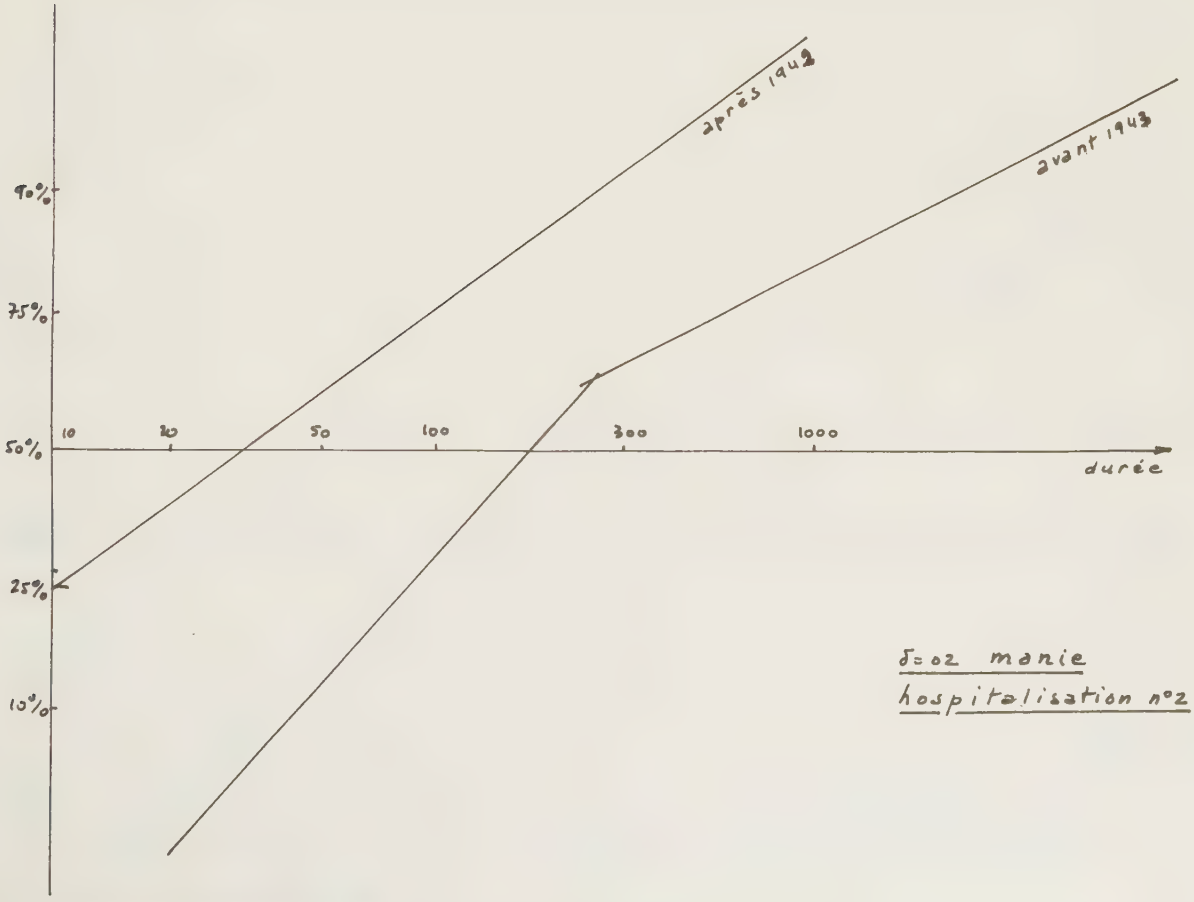
PLANCHE XI

Durées d'hospitalisation.

1ère enquête. Malades hospitalisés plusieurs fois.



δ = 02 manie
hospitalisation n° 1

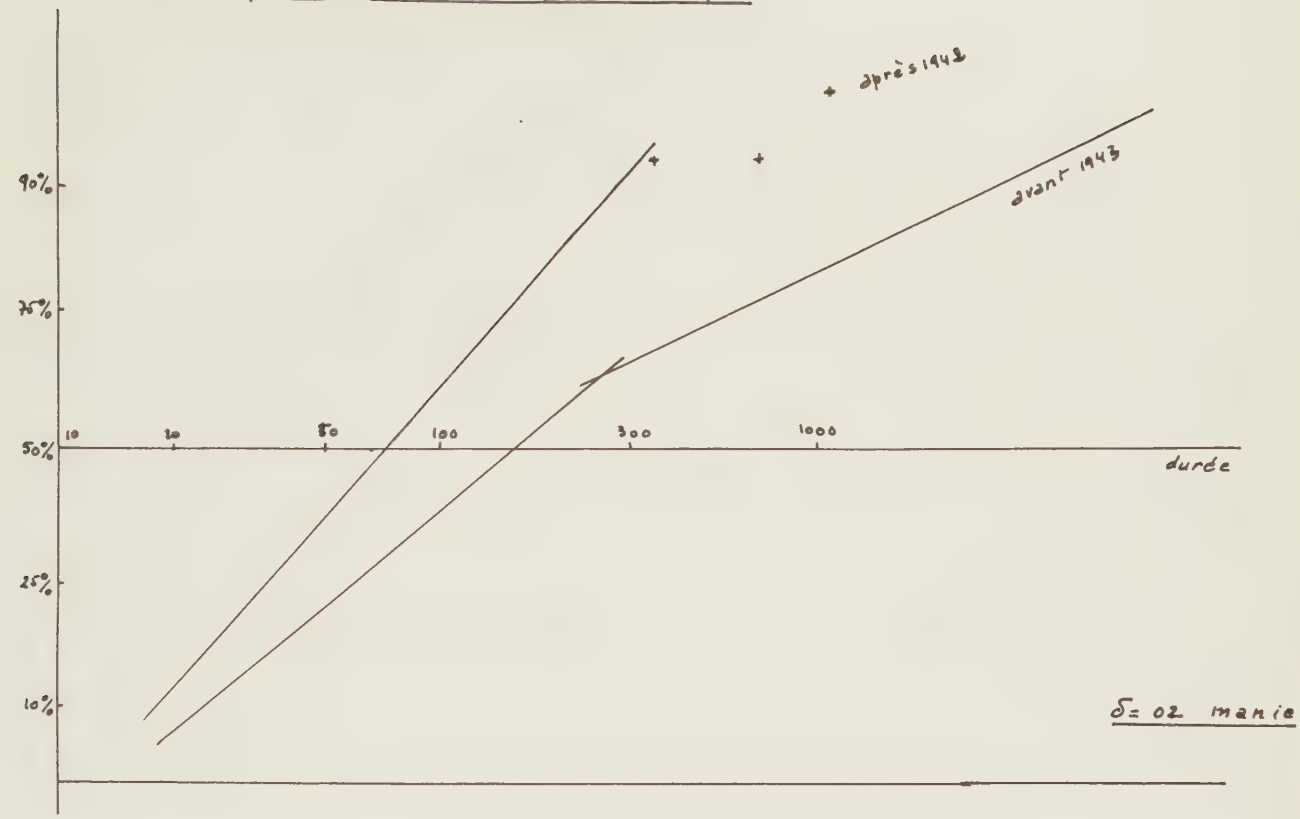


δ = 02 manie
hospitalisation n° 2

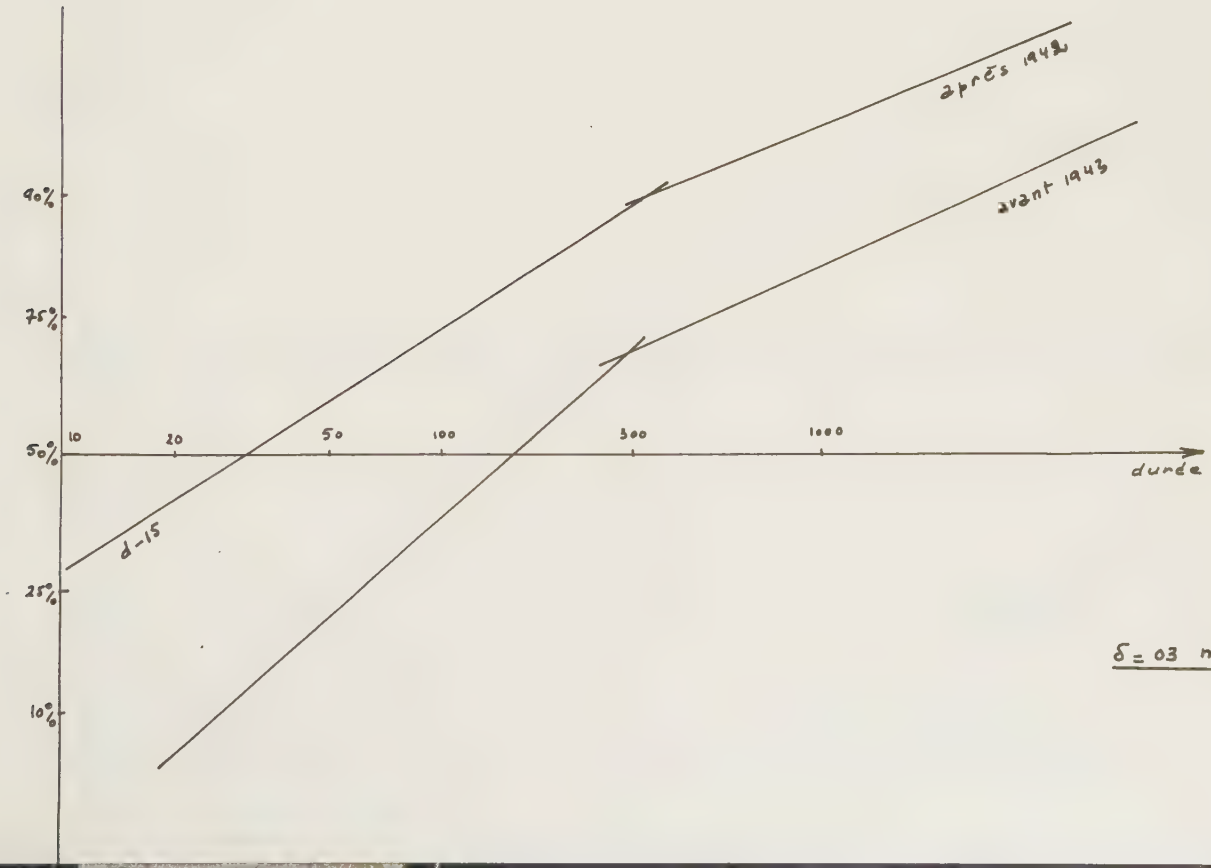
PLANCHE XII

Durées d'hospitalisation.

2ème enquête. Malades hospitalisés 1 fois.



δ = 02 manie

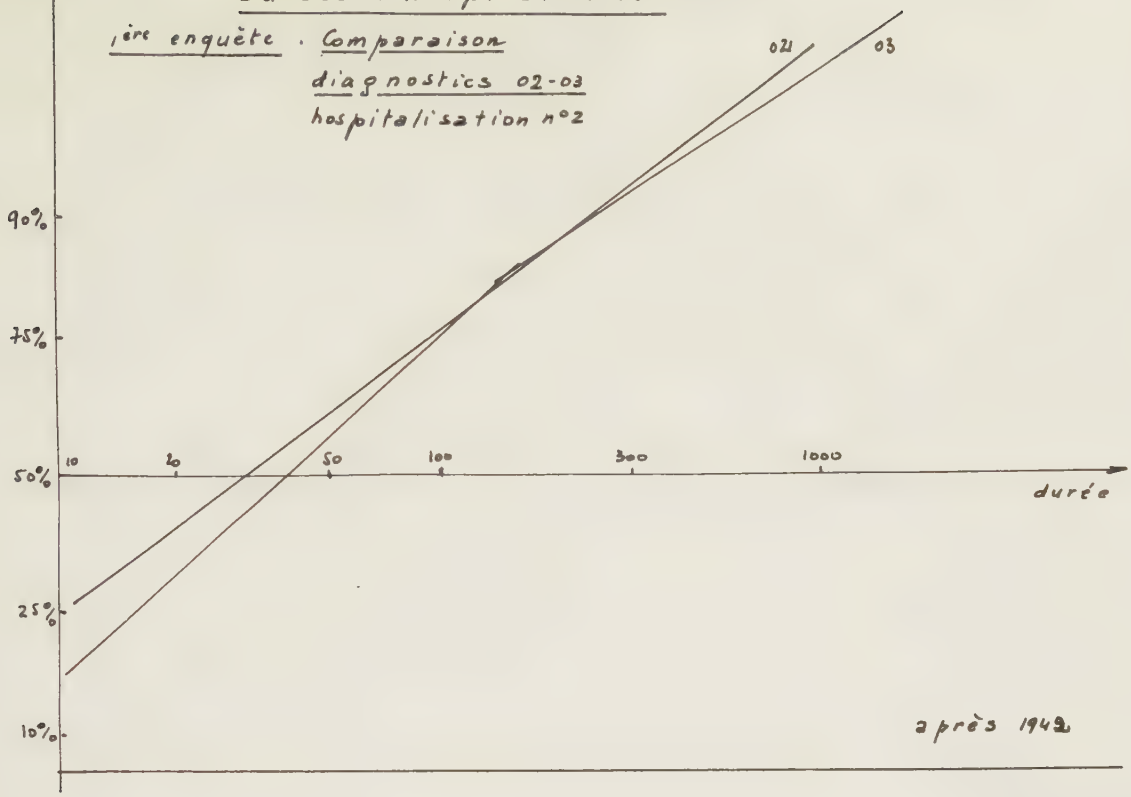


δ = 03 mélancoli

PLANCHE XIII

Durées d'hospitalisation.

1ère enquête . Comparaison diagnostics 02-03 hospitalisation n°2



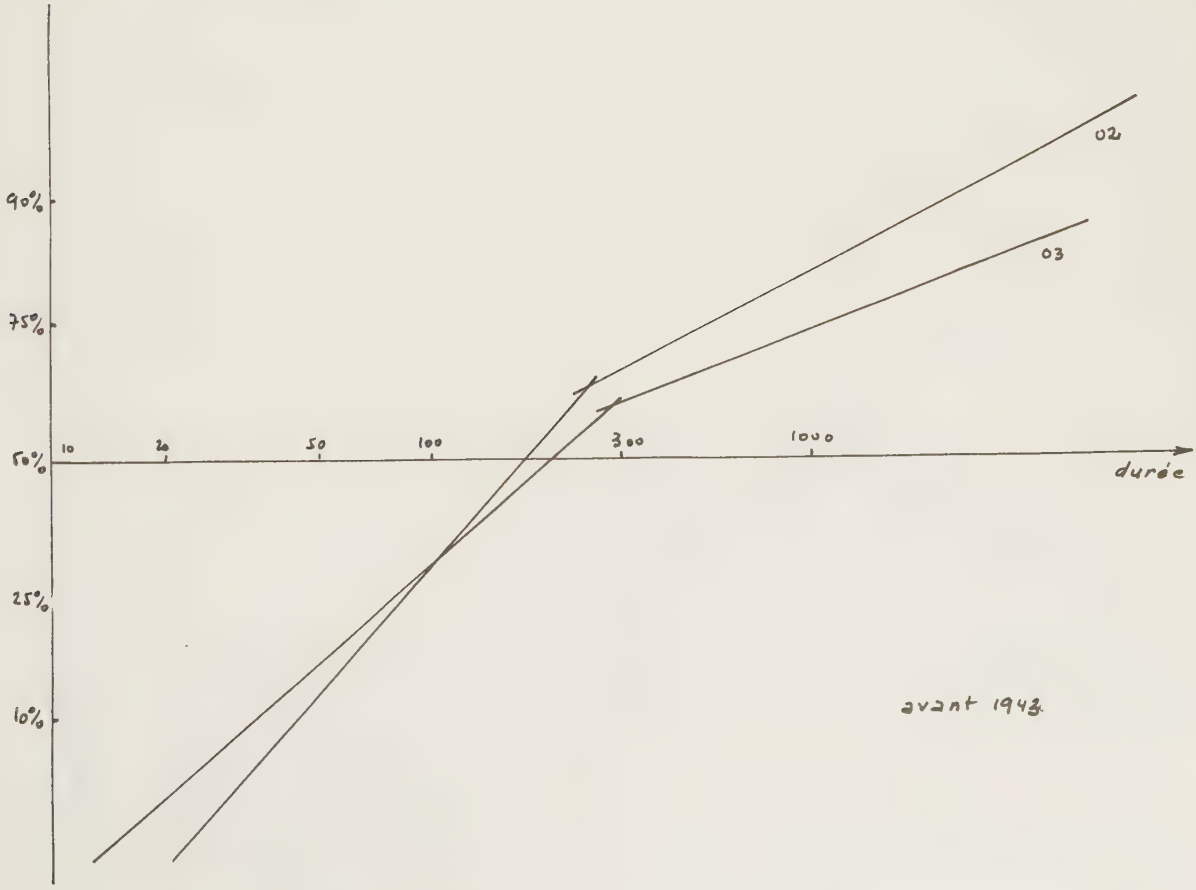
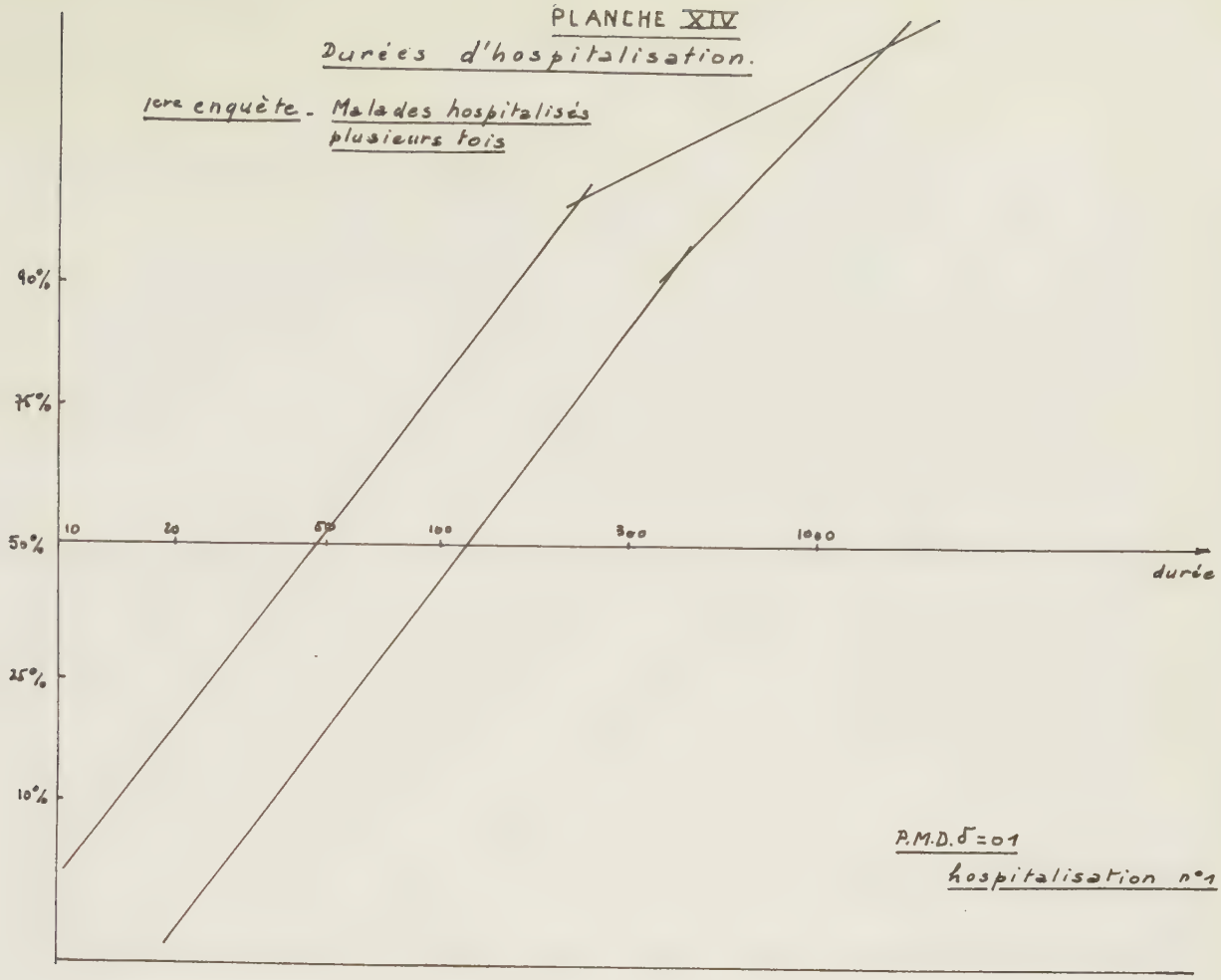


PLANCHE XIV

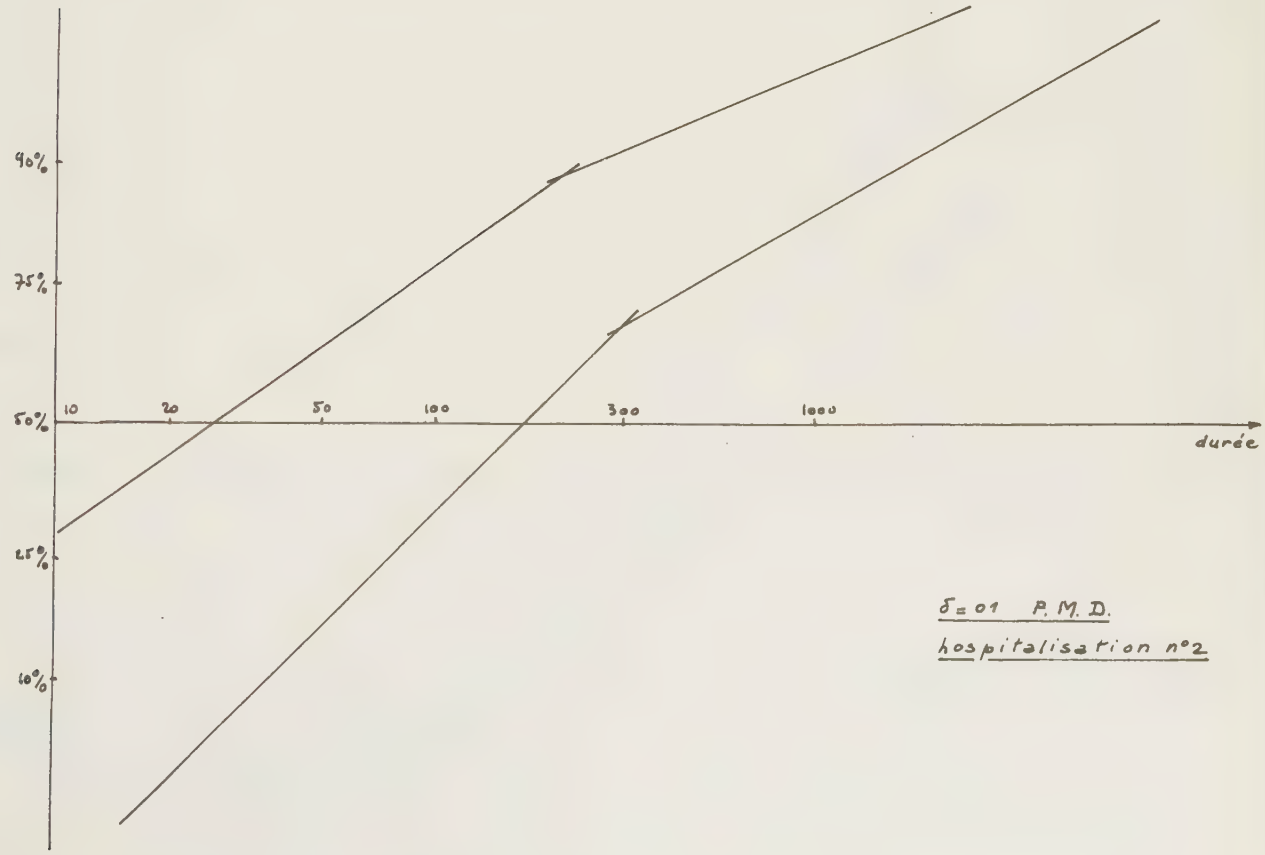
Durées d'hospitalisation.

1ère enquête - Malades hospitalisés plusieurs fois



P.M.D. $\delta = 01$

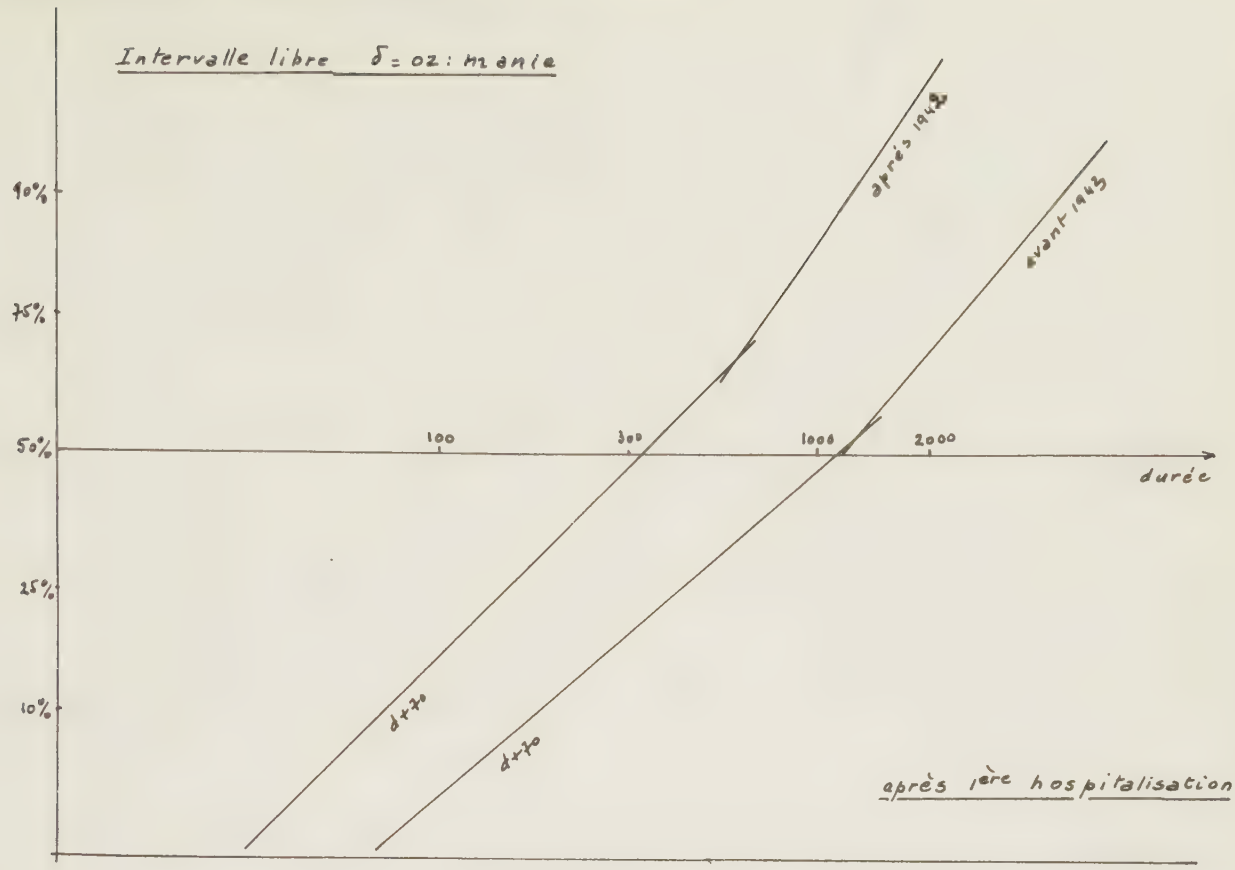
hospitalisation n°1



$\delta = 01$ P.M.D.

hospitalisation n°2

PLANCHE XV


Intervalle libre δ = oz : manie
90%
75%
50%
25%
10%
100
300
1000
2000
durée
après 1943
avant 1943
d+70
d+70
après 1ère hospitalisation

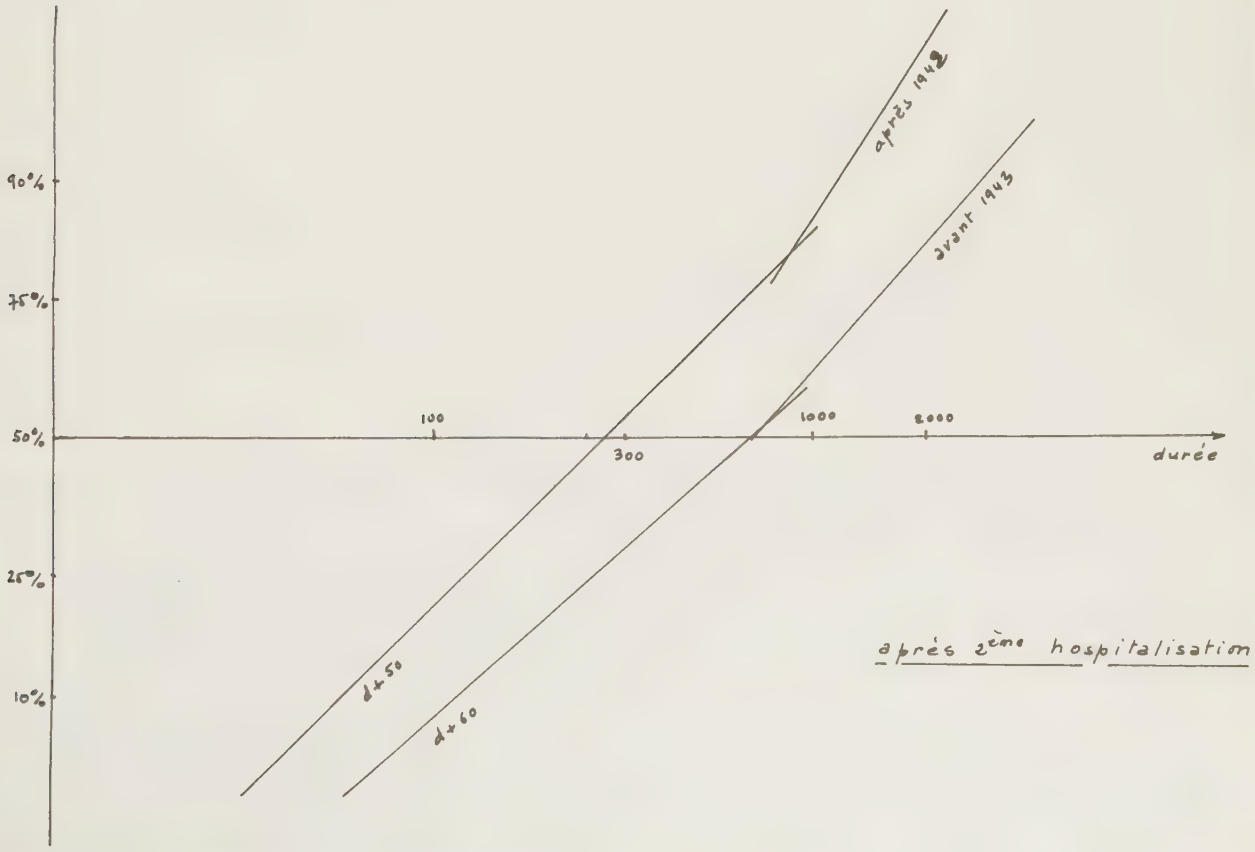
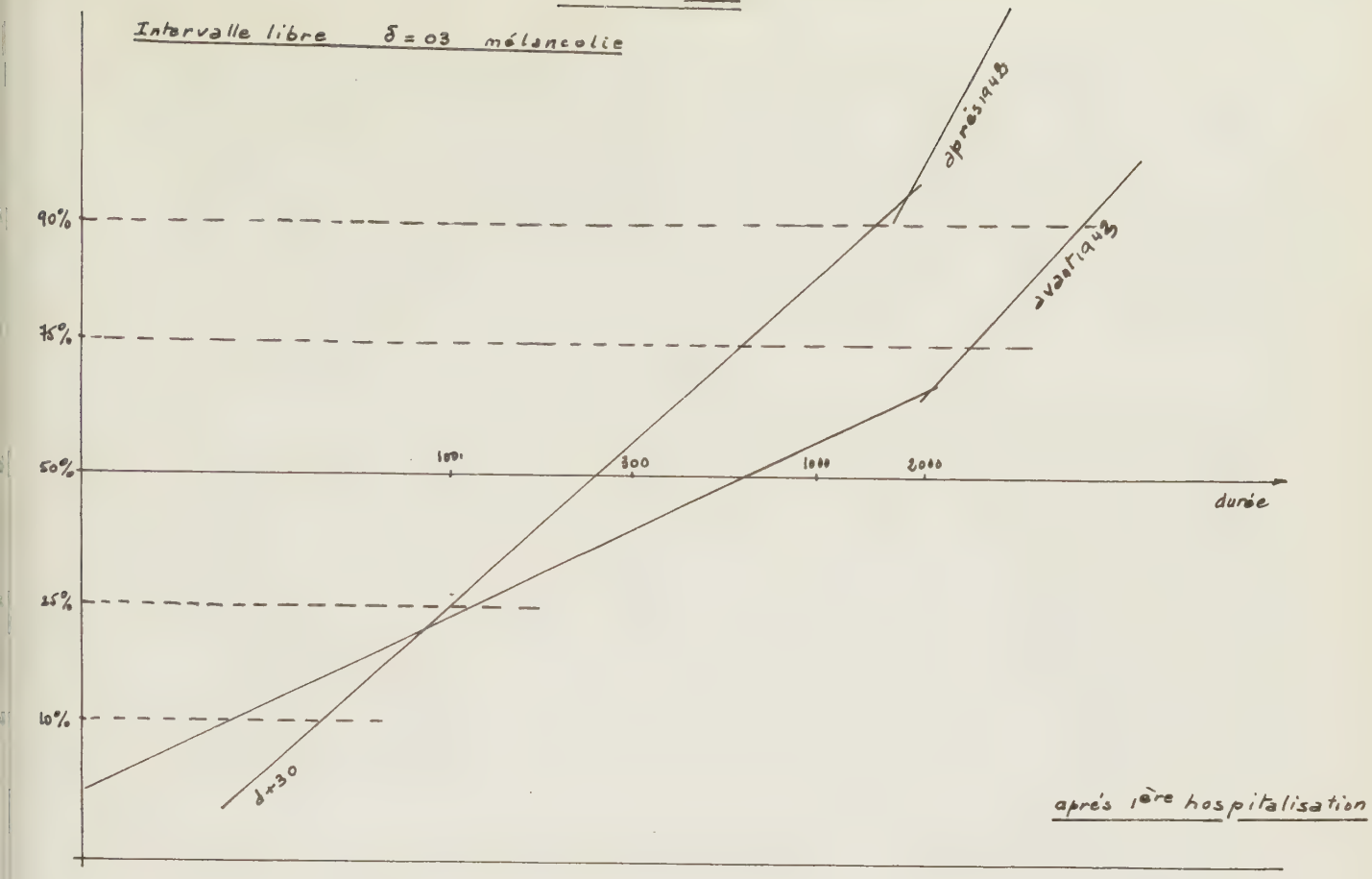
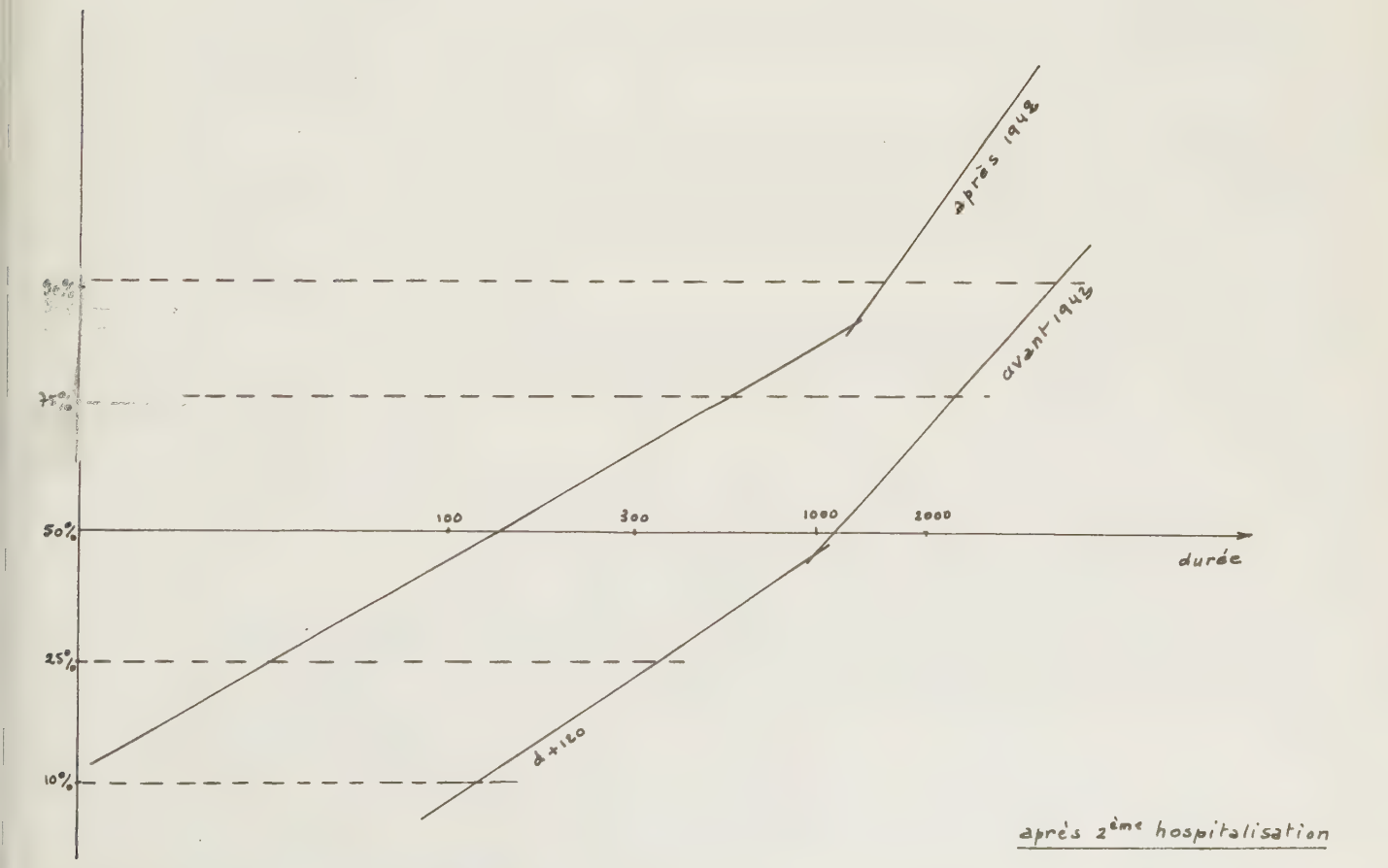

90%
75%
50%
25%
10%
100
300
1000
2000
durée
après 1943
avant 1943
d+50
d+60
après 2ème hospitalisation

PLANCHE XVI


Intervalle libre δ = 03 mélancolie
après 1948
avant 1948
90%
75%
50%
25%
10%
100
300
1000
2000
durée
d+30
après 1ère hospitalisation


après 1948
avant 1948
75%
50%
25%
10%
100
300
1000
2000
durée
d+120
après 2ème hospitalisation

est en rapport inverse, avec l'écart type de la distribution, c'est-à-dire que plus la pente est élevée, plus l'écart type est réduit, et plus la distribution est serrée. Ceci signifie que 50 % des malades seront sortis après des délais d'autant plus rapprochés du mode de la distribution, que la pente de la droite est élevée. Le déplacement des droites vers les valeurs de durées courtes, correspond à un mode plus faible.

L'abaissement de la pente de la droite correspond donc à une variation du comportement de la distribution, qui devient plus étalée, c'est-à-dire que les sorties se font après des délais plus longs. L'interprétation de cette rupture dans le comportement hospitalier, paraît pouvoir se faire à partir de l'intervention d'un facteur de prolongement, ou facteur de chronicité, sans qu'on puisse dire ici, évidemment, de quels éléments il est fait. Ce phénomène peut se formuler ainsi : plus un malade reste longtemps à l'hôpital, plus il a tendance à y rester longtemps.

Ces graphiques sont de lecture relativement simple. Ils permettent de comparer facilement le groupe des malades hospitalisés entre 1900-1942, à celui des malades hospitalisés de 1943 à 1959, la 1ère et la 2ème hospitalisations, les différents diagnostics entre eux.

Chaque point de la droite correspond, en abscisse à une durée d'hospitalisation, en ordonnée au pourcentage des malades sortis après des hospitalisations de longueurs inférieures ou égales à cette durée.

Nous donnerons pour chaque graphique, à titre de repère, la durée correspondant à la sortie de 75 % des malades.

1°) Mélancolie

Hospitalisation N° 1 (Planche X)

Avant 1943, 75 % des malades sont sortis après une durée inférieure ou égale à 2 ans 7 mois.

Après 1942, ce même pourcentage est atteint dès 100 jours.

L'intervention de ce que nous avons appelé "facteur de chronicité" apparaît avant 1943 pour les durées supérieures à 1 an et concerne 20 % des malades. Après 1942, son influence ne se manifeste pas.

Moyenne théorique : Avant 1943 : 261 jours
Après 1942 : 65 jours

Hospitalisation N° 2 (Planche IX)

Avant 1943 75 % des malades sont sortis après une durée inférieure ou égale à 3 ans 4 mois.
Après 1942 : 100 jours.

L'influence du facteur de chronicité apparaît également ici, avant 1943, vers 1 an, mais concerne alors un pourcentage bien plus important de malades (40 %) qu'au cours de la 1ère hospitalisation. Après 1942, contrairement à la 1ère hospitalisation, le facteur de chronicité, allonge légèrement les durées supérieures. Il ne concerne que 20 % des malades environ mais son influence se fait sentir beaucoup plus tôt, vers 180 jours.

Moyenne théorique : Avant 1943 : 585 jours
Après 1942 : 153 jours.

Comparaison de la 1ère hospitalisation et des malades n'ayant eu qu'une hospitalisation. (Planches X et XII)

Avant 1943, le comportement est analogue dans les deux cas en ce qui concerne les durées courtes. Chez les malades n'ayant eu qu'une hospitalisation, cependant, la chronicité intervient un peu avant 1 an, et pour un nombre plus important de malades. Son action est plus marquée comme en témoigne l'abaissement de la pente de la droite.

Après 1942, les malades n'ayant eu qu'une hospitalisation ont tendance à faire des hospitalisations plus longues que celles des malades qui seront réhospitalisés.

2°) Manie

Hospitalisation N° 1 (Planche XI)

Avant 1943 : 75 % des malades sont sortis au bout de 440 jours.

Après 1942 : 75 % des malades sont sortis au bout de 130 jours. Il n'y a pas de prolongement chronique des hospitalisations après 1942. Pour la 1ère période la chronicité se fait sentir vers 400 jours, mais concerne moins de 10 % des malades.

Hospitalisation N° 2 (Planche XI)

75 % des malades sortis après 6 ans 3 mois dans la 1ère période, après 200 jours dans la seconde. On constate par rapport à la 1ère hospitalisation, un léger allongement vers les durées longues après 1942. Avant 1943, la chronicité apparaît vers 260 jours, et touche 40 % des malades.

Comparaison de l'hospitalisation N° 1 avec les malades hospitalisée une seule fois. (Planche XII)

Ici encore, les seconds ont tendance à faire des séjours plus longs que les malades qui seront ultérieurement réhospitalisés.

Comparaison Manie - Mélancolie (Planche XIII)

Hospitalisations N° 2

Ces graphiques mettent en évidence que les mélancoliques ont tendance à rester plus longtemps à l'hôpital ; bien que les différences s'amenuisent après 1942.

3°) Psychose Maniaco-dépressive (Planche XIV)

Les distributions sont toujours superposables à celles des maniaques pour, les durées courtes. Contrairement aux deux autres groupes, le facteur de chronocité se fait sentir plus nettement après 1942 qu'avant.

4°) Distribution des intervalles libres. (Planches XV et XVI)

Nous avons effectué le même travail, sur les deux premiers intervalles libres, chez les mélancoliques et les maniaques seuls.

On voit que si depuis 1943 les malades restent moins longtemps à l'hôpital, ils restent également moins longtemps dehors. Il intervient ici également un facteur analogue au facteur de prolongement observé pour les hospitalisés, mais dont l'action se fait en un sens inverse ramenant, au-delà d'une certaine durée, plus rapidement les malades à l'hôpital, que s'ils suivaient la distribution qui régit les intervalles libres courts.

5°) Influences des chimiothérapies

Il aurait été intéressant de voir, si l'introduction des neuroleptiques ou de l'imipramine a encore modifié le comportement hospitalier.

Malheureusement, la limite de l'enquête survient après une période très courte d'utilisation de ces nouvelles thérapeutiques. Il n'est donc pas possible d'étudier de cette façon comment l'utilisation de l'imipramine (1958) a pu modifier ces résultats. Pour les neuroleptiques, on avait un recul de 5 ans environ. La même méthode appliquée cette fois aux malades hospitalisés entre 1943 et 1953 d'une part, et aux malades hospitalisés entre 1954 et 1959, semble faire apparaître un allongement du temps d'hospitalisation. Nous ne reproduisons pas ici ces graphiques, dont les résultats sont très incertains.

Les tendances générales peuvent donc s'exprimer ainsi :

- Les mélancoliques font des hospitalisations peu nombreuses, mais ont tendance à rester plus longtemps à l'hôpital que les maniaques ou les P.M.D. Toutefois, depuis la fin de la 2ème guerre, les hospitalisations de plus d'un an ont considérablement diminué de fréquence. Au cours de cette période également, la fréquence des hospitalisations a légèrement augmenté (en particulier, sur 11 malades ayant des séquences supérieures à 6, 7 se situent dans la 2ème période, 2 dans la 1ère, et 2 chevauchent les 2 périodes, avec cependant un maximum d'hospitalisations au cours de la seconde). D'une hospitalisation à la suivante, les durées ont tendance à augmenter, ceci par une fréquence plus grande d'hospitalisations longues.

- Les maniaques et les P.M.D. ont tendance à venir beaucoup plus souvent à l'hôpital que les mélancoliques. On observe les mêmes tendances d'évolution d'une période à l'autre, que chez les mélancoliques.

CHAPITRE IV : REPARTITION DES DUREES D'HOSPITALISATION ET D'INTERVALLES LIBRES JUSQU'A LA 4ème HOSPITALISATION

Les deux tableaux suivants complètent de façon plus analytique, cette étude.

Le premier indique avec plus de précision le devenir hospitalier des malades de la 2ème enquête, et celui des malades réhospitalisés ayant eu exactement 1 - 2 - 3 - 4 hospitalisations.

Nous avons vu qu'il est légitime d'admettre que la tendance générale qui s'exprime pour ces catégories de malades, peut être extrapolée, chez les mélancoliques jusqu'à la 5ème hospitalisation, les maniaques et les P.M.D. jusqu'à la 8ème. Au-delà de ces rangs, la tendance est aux hospitalisations courtes et répétées, avec disparition presque complète des hospitalisations longues.

Ces tableaux permettent de nuancer la signification des tendances générales mises en évidence plus haut. En effet, la fréquence plus grande des hospitalisations dans la population des manies et des P.M.D., peut laisser l'impression, d'une gravité chronique plus grande, les grandes durées des hospitalisations étant mal appréciées par les méthodes précédentes.

	Mélancolie		Manie		P.M.D.	
	Av. 1943	Apr. 1942	Av. 1943	Apr. 1942	Av. 1943	Apr. 1942
Nombre de 1ères entrées	1604	1129	1170	320		
	%	%	%	%		
Décédés avant 1 an	16,8	6,2	7,5			
après 1 an	31,7	2,6	16,8			
Sortis définitivement avant 1 an	23	67,3	44,5	65,6		
après 1 an	13	3,5	9,2	6,2		
après 5 ans	2,4	2,6	2,5			
Sortis et réhospitalisés	12,7	17,6	19,3	28,1		
Malades hospitalisés exactement 2 fois	149	114	102	47	51	30
Décédés à la 2ème Hosp.						
après I.L. inférieur à 1 an	31	3	13	2	8	
après I.L. supérieur à 1 an	27	3	29		12	2
Non décédés	91	108	60	45	31	28
Nombre H. sup. à 1 an 1ère H.	7	0	6	1	2	1
2ème H.	9	14	14	2	5	2
I.L. inférieur à 1 an	35	72	10	26	14	16
I.L. supérieur à 1 an	21	30	25	17	10	12
I.L. supérieur à 5 ans	35	6	25	2	7	0
Malades hospitalisés exactement 3 fois	27	39	51	21	31	22
Nombre H sup. à 1 an 1ère H.	3	0	7	0	2	0
2ème H.	5	0	13	1	11	2
3ème H.	10	5	31	1	14	3
1er I.L. inférieur à 1 an	13	29	12	8	11	10
I.L. supérieur à 1 an	9	7	16	11	11	8
I.L. supérieur à 5 ans	5	3	23	2	10	4
2ème I.L. inférieur à 1 an	8	24	22	12	14	14
I.L. supérieur à 1 an	11	11	16	8	10	8
I.L. supérieur à 5 ans	8	4	13	1	7	0
Malades hospitalisés exactement 4 fois	18	23	34	6	22	11
Nombre de H. supérieur à 1 an 1ère H.	2	1	5	1	4	0
2ème H.	1	2	5	1	5	0
3ème H.	6	3	10	1	8	2
4ème H.	7	5	17		14	0
1er I.L. inférieur à 1 an	7	13	7	5	8	9
supérieur à 1 an	4	8	15	1	10	0
supérieur à 5 ans	7	3	12	0	4	2
2ème I.L. inférieur à 1 an	10	18	12	2	2	8
supérieur à 1 an	4	4	19	4	15	3
supérieur à 5 ans	4	1	3	0	5	0
3ème I.L. inférieur à 1 an	13	18	18	5	12	7
supérieur à 1 an	4	5	8	1	8	3
supérieur à 5 ans	1	0	8	0	2	1

Moyenne des durées des Hospitalisations inférieures à 1 an.

	Mélancolie				Manie				P.M.D.			
Hospitalisations	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1 H. avant 1943	98				105							
après 1942	76				84							
2 H. avant 1943	120	130			127	66			101	103		
après 1942	67	72			66	74			77	70		
3 H. avant 1943	102	119	124		149	140	103		137	136	116	
après 1942	65	80	125		70	64	79		103	80	87	
4 H. avant 1943	138	115	89	132	120	170	152	87	136	138	160	117
après 1942	70	67	71	90	65	72	72	74	50	102	75	82

Le 1er tableau montré en fait, qu'un mélancolique sur deux environ, entrant pour la 1ère fois à l'hôpital, avant 1943, n'en ressortait pas. Les maniaques pour qui le devenir était aussi catastrophique ne représentent qu'un quart de la population arrivant pour la 1ère fois à l'hôpital. Parallèlement, les maniaques sortis avant 1 an d'hospitalisation, et qui ne sont jamais revenus représentent 45 % de la population, contre 23 % pour les mélancoliques.

Après 1942, il est vrai, le comportement change beaucoup, puisque les pourcentages des malades décédés dès la 1ère hospitalisation s'annulent chez les maniaques, et ne représentent que 10 % des mélancoliques. La disparition presque complète de ces malades est compensée par une augmentation énorme de ceux qui ne sont hospitalisés qu'une fois, et qui sortent avant 1 an. Il est vrai que les pourcentages atteints (65 %) sont sans doute en partie gonflés en raison du type de l'enquête qui entraîne l'inscription d'un certain nombre de sujets dans cette catégorie, alors qu'ils auront été réhospitalisés au-delà de 1959. Mais c'est l'inconvénient de toute enquête fermée.

Pour les malades réhospitalisés nous n'indiquons les chiffres de malades décédés, que pour ceux qui n'ont eu que deux hospitalisations. Il est évident qu'au-delà, le décès ne peut guère être un critère d'appréciation de l'évolution, dans la mesure où la 3ème hospitalisation a pu survenir à un âge avancé.

Ce tableau met bien en évidence l'augmentation des durées longues, en fonction du rang de l'hospitalisation, la dernière étant souvent, lorsqu'elle est supérieure à 1 an, clôturée par un décès. Mais cette tendance, valable dans les trois groupes ne peut être retenue que pour la période 1900-1942. Après 1942, en effet, elle ne subsiste guère que pour les mélancoliques et dans les proportions bien moindres qu'au cours de la 1ère période. Les hospitalisations longues disparaissent presque complètement chez les maniaques et les P.M.D.

Enfin, les intervalles libres se déplacent vers les courtes durées d'une façon très nette après 1942.

Le 2ème tableau indique enfin la moyenne des durées inférieures à 1 an, pour les mêmes catégories de malades. Il a été établi, sans tenir compte des séjours de malades décédés à la 1ère et à la 2ème hospitalisations. Il se passe de commentaire, tant le raccourcissement de la durée des séjours est net après 1942.

CHAPITRE V : PROBLEMES METHODOLOGIQUES

Nous avons fait l'étude statistique des malades maniaco-dépressifs hospitalisés à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier, de 1900 à 1959, à partir de deux lots de malades :

- le premier regroupant tous les malades réhospitalisés,
- le second représentant environ un dixième des malades hospitalisés une seule fois.

Ce travail a été réalisé sur une enquête effectuée a posteriori, à partir des documents restant dans les archives de l'hôpital (Observation - Livre de la Loi). C'est dire que pratiquement aucun contrôle n'était possible pour vérifier la validité de ces renseignements, puisque la plupart des malades étaient sortis depuis longtemps. Cela limitait le nombre des renseignements sûrs qu'on pouvait retenir pour caractériser un malade.

Nous avons mis en évidence la prédominance féminine de la Psychose maniaco-dépressive, alors que cette prédominance n'existe pas pour l'ensemble des malades mentaux hospitalisés. Une fois hospitalisés, d'ailleurs, les femmes et les hommes ont un comportement hospitalier semblable.

A l'intérieur du groupe, on a montré que les malades hospitalisés pour des formes monosymptomatiques sont les plus nombreux.

Les mélancoliques sont les plus nombreux, suivis des maniaques, et enfin des psychoses maniaco-dépressives vraies.

On peut expliquer cette prédominance des mélancoliques par l'augmentation progressive des réactions dépressives, au cours de ces soixante années, mais surtout par l'arrivée d'un contingent massif de mélancolies "rurales" depuis une quinzaine d'années.

On a constaté en outre une tendance au vieillissement de l'âge de la première entrée à l'hôpital, particulièrement sensible pour les dix dernières années de l'enquête.

L'étude du nombre des hospitalisations et de leur durée a montré que les Psychoses maniaco-dépressives se comportaient comme les Manies, les Mélancolies ayant un comportement spécifique.

Nous avons été amené à considérer deux périodes : 1900 à 1942 - 1943 à 1959. On peut dire d'une façon générale, qu'avant la 2ème guerre mondiale, les mélancoliques avaient un petit nombre d'hospitalisations (inférieur à 6) mais le pronostic était grave puisque 50 % des malades ne ressortaient plus de l'hôpital dès la 1ère hospitalisation. Pendant la même période, les Manies et les P.M.D. se caractérisaient par des hospitalisations plus nombreuses, et par un pronostic initial moins grave puisque 25 % seulement des malades ne ressortaient pas après la 1ère entrée.

Après la 2ème guerre mondiale, sous l'influence des nouvelles thérapeutiques, le comportement des mélancoliques se rapproche de celui des maniaques. Il y a augmentation du nombre des hospitalisations, diminution très importante du nombre des hospitalisations longues, et raccourcissement du temps de sortie entre deux séjours à l'hôpital.

Ces deux derniers caractères marquent également, de façon plus nette le changement de comportement des manies et des P.M.D. au cours de cette deuxième période.

Mais l'intérêt de ce travail nous paraît moins résider dans les résultats qu'il laisse apparaître, que dans le problème méthodologique qu'il pose.

A ce titre, une critique de la réalisation de l'enquête peut être faite, dans la mesure où les résultats sont étroitement dépendants de la nature même des renseignements collectés. Nous avons déjà regretté qu'il ne nous ait pas été possible d'avoir des renseignements sur la date des premières manifestations pathologiques, sur les causes de décès ou le traitement. Ces données s'inscrivent cependant dans le cadre très grossier qui reste celui de cette enquête. Un développement des moyens d'investigation statistique dans les services psychiatriques, ne peut se faire sans la mise au point d'un système autorisant l'enregistrement de tous les facteurs qui peuvent influer sur le déterminisme pathologique et son évolution, aussi aléatoires que puissent en paraître, a priori, les corrélations. Dans cette hypothèse, il faudrait prévoir plusieurs centaines de rubriques, afin de pouvoir appréhender dans toute sa complexité le phénomène pathologique. Cela interdirait pratiquement une reconstruction valable de ces données pour les malades ayant déjà quitté l'hôpital, d'une part parce que les observations sont incomplètes bien souvent, d'autre part en raison des changements intervenus dans la manière de voir la maladie mentale, en particulier avec le développement de la pathogénie psychanalytique. L'intérêt d'une telle réalisation n'apparaîtrait que dans l'avenir, lorsqu'un nombre suffisant de malades aurait pu être rassemblé. Ce très large éventail de renseignements retenus, a l'avantage de n'imposer pratiquement aucune limitation du champ de la recherche, si ce n'est par le risque de n'avoir qu'un trop petit nombre d'observations par catégorie. Mr le Pr. GUYOTAT a récemment introduit dans son service, un type d'observation, qui permet le repérage facile des éléments utiles et leur codification, répondant ainsi à ce besoin.

Si la collection des renseignements peut poser des problèmes de matériel ou de personnel à l'échelon du service ou de l'hôpital, l'exploitation des résultats en pose d'autres plus difficiles encore. Nous avons pu réaliser ce travail grâce à la collaboration du Centre de Calcul Numérique de la Faculté des

Sciences. Sans lui, nous n'aurions rien pu faire. Mais pour essentielle qu'elle ait été, cette collaboration s'est limitée à peu près au travail de base de confection des fichiers à partir des cartes perforées. Ces fichiers donnent sous une forme chiffrée tous les renseignements retenus (une ligne de chiffres par hospitalisation). A partir de là, il a fallu se livrer manuellement à un fastidieux travail d'extraction de chaque élément étudié ; travail d'autant plus fastidieux, que les erreurs inévitables imposaient de multiples contrôles.

Tout cela aurait pu être fait plus rapidement par les machines calculatrices, mais les charges du Centre du Calcul Numérique sont telles que les délais d'attente nous ont fait préférer cette méthode. Nous ne citons ces difficultés que pour dire qu'une telle méthode est rédhibitoire et qu'une généralisation des études statistiques n'est possible que par la création de Centre de Statistiques médicales, sur le plan régional ou national, ou par le recours aux organismes privés.

A ce stade, on est donc en possession de multiples tableaux qui concrétisent les hypothèses de recherches. Encore faut-il les valider sur le plan statistique. Ici, le médecin se trouve bien désarmé et doit inévitablement recourir à un spécialiste de ces questions. Nous avons trouvé auprès de Monsieur René PUPIER, Maître-Assistant à la Faculté des Sciences, la Science... et la patience sans lesquelles nous n'aurions pu venir à bout de ce travail. Le médecin est alors un peu relégué dans une position passive. Cependant il est nécessaire qu'il soit présent à ce travail, car à tout moment l'interprétation statistique et l'interprétation médicale pèsent mutuellement l'une sur l'autre et s'infléchissent, faisant abandonner bon nombre de lignes de recherches, et en proposant d'autres.

C O N C L U S I O N S

CONCLUSIONS

I - Cette étude statistique porte sur des malades maniaco-dépressifs hospitalisés à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier de 1900 à 1959.

II - Elle est basée sur une enquête a posteriori faite avec les documents et archives de l'Hôpital d'où l'impossibilité du contrôle pour vérifier la validité des renseignements.

III - Cette enquête apporte quelques précisions sur la prédominance féminine de la psychose maniaco-dépressive, sur la prédominance parmi les formes mono symptomatiques des mélancoliques, sur le vieillissement pendant les dix dernières années surtout de l'âge de la première entrée à l'hôpital.

IV - L'apparition des thérapeutiques de choc en psychiatrie semble avoir modifié depuis la deuxième guerre mondiale les conditions de la durée des hospitalisations : elles sont plus courtes mais plus nombreuses et la durée du temps de sortie entre deux séjours se raccourcit.

V - Pour avoir des études statistiques vraiment intéressantes, il faudrait avoir une méthodologie mieux réglée dans la réalisation des enquêtes : rubriques très nombreuses pour appréhender plus de facteurs intervenant dans la complexité du phénomène pathologique, utilisation de machines calculatrices, collaboration étroite entre le spécialiste de la statistique et le médecin car les interprétations statistiques et médicales jouent l'une sur l'autre, pour permettre la recherche dans le domaine de la statistique médicale.

Vu, le Doyen :
J.F. CIER

Le Président de la Thèse :
M. le Pr. DECHAUME

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 31 Mai 1966

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :

P. LOUIS.

B I B L I O G R A P H I E

1 ABELY P. LAUZIER B. La destinée des notions de périodicité, d'atypisme et d'incurabilité en pratique psychiatrique. Ann. méd. psycha. 98 : 1126-38, 30 oct. 1962

2 ABELY X. LECOMTE. Essai d'interprétation des réactions maniaques survenues après une émotion triste. Ann. méd. psychol. févr. 1938, I, p. 232-240

3 ABRAHAM G. Le problème des psychoses mixtes. Ann. méd. psychol. tome II, n° 4, nov. 1964.

4 ACHAINTRE A. BALVET P. Influence de la chimiothérapie sur l'évolution de la psychiatrie. Inf. psychiat. déc. 1963, n° 10.

5 ALLIEZ J. et SAVY A. Manies symptomatiques et thérapeutiques récentes. Ann. méd. psychol. 1954 I. p. 112, 113-25.

6 ANTHEAUME. Les psychoses périodiques. Rapport au congrès des aliénistes. Genève Lausanne 1907, p. 126.

7 BARGUES R. DUCHENNE H. Psychose périodique maniaco-dépressive E.M.C. 1955. 38-220 2 10.

8 BARUK. Traité de psychiatrie. Paris Masson éd. 1959, 2 vol.

9 BASTIDE R. Sociologie des maladies mentales. Flammarion éd.

10 BELLAK L. Psychose maniaco-dépressive et états alliés. Evol. psychiat. XX, 3 1955 p. 589.

11 BENOIT G. L'état mixte de la psychose maniaco-dépressive. Ann. méd. psychol. 2,4 : 637-678. 1960

12 BENOIT G. Traitement de la psychose maniaco-dépressive. Suppl. rev. Praticien 12-15, 1963

13 BERTHERAT Y. Contribution à l'étude des nouvelles chimiothérapies de la mélancolie. Thèse Lyon 1959.

14 BINSWANGER. Mélancolie und. Manie (analyse de R. EBTINGER). Evol. psychiat. 1963. XXVIII 2, 1963, p. 327-344.

15 BIZE N. Contribution à l'étude de la psychose maniaco-dépressive : dix ans de traitement à l'hôpital d'Auxerre (service des femmes). Thèse Paris 1963.

16 BOREL J. Evolutions nouvelles des psychoses traitées par les neuroleptiques. Ann. méd. psychol. I, n° 1 janv. 1965 p. 2.

17 BOURRAT L. BOURRAT C. Les dépressions mélancoliques et la psychose maniaco-dépressive. Rev. praticien 13,25 : 3011-3019, 1963.

18 CARRIER J. Traitement de la mélancolie encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie T I, 37210 A 20.

19 CARRY J. Contribution à l'étude des syndromes maniaques et mélancoliques tardifs. Imp. berthod. Bourg.Thèse Lyon 1963.

20 CERTHOUX A. Contribution à l'étude du pronostic des états mélancoliques traités par convulsivothérapie électrique. A propos de 450 observations : comparaison entre malades traitées et non traitées. Thèse médecine Paris 1956.

21 CHATAGNON P. A. Action de l'électro-choc sur l'évolution clinique de 50 cas de psychoses variées. Ann. méd. psychol. 1945. 2ème partie p. 418-421.

22 DAUMEZON G. et DENIS. Notes sur le pronostic des états mélancoliques ann. méd. psychol. séance du 21 févr. 1954

23 DEDICHEN A. Comparaison entre 1430 psychoses traitées par le choc et 969 psychoses non traitées par le choc dans les hôpitaux norvégiens. 1946, 1 vol.

24 DELAY J. Les dérèglements de l'humeur. Presses universitaires de France. Edit. Paris. 1 vol. 1946.

25 DELAY J. MAILLARD J. Traitement des états maniaques par l'électro-choc. Ann. Méd. psychol. 1943, 2ème partie, 535.

26 DELAY J. DENIKER P. Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie. Les nouveaux médicaments psychotropes. Masson édit. 1961.

27 DENY et CAMUS. Les folies intermittentes, la psychose maniaco-dépressive. Edt. Ballière. Paris 1907.

28 DIGO R. Mélancolie, étude clinique. Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie tome I. 37210 .A 10.

29 DOMERGUE. Considérations sur les états mixtes de la psychose maniaco-dépressive. Thèse Paris 1938.

30 DUCHENE H. AZOULAY J. Psychose périodique maniaco-dépressive. Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie. Tome I. 37220 A 10.

31 EY H. Etudes psychiatriques. Tome III. Desclée de Brouwer. édit. Paris 1953. Manie (n° 21). Mélancolie (n° 22). Les psychoses périodiques maniaco-dépressives (n° 25).

32 EY H. BURGUET J. Action des électro-chocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution. Ann. méd. psychol. 1952, 1ère partie p. 214.

33 FAZIO C. GIBERTI F. ROSSI R. DE CAROLIS Y. Imipramine et électro-chocs dans le traitement des dépressions. Ann. méd. psycho. tome II 1964 n° 5.

34 FREUD S. Deuil et mélancolie (1917). Collected Papers IV, p. 152-170.

35 GRUNTHALER C. La psychose maniaco-dépressive. Considérations cliniques. Essai de bilan thérapeutique. Thèse Lyon 1965.

36 GUYOTAT. Mélancolie et électro-choc. Thèse Lyon 1950.

37 GUYOTAT J. et PERRIN J. Chimiothérapie de la mélancolie (situation actuelle par rapport à la sismothérapie). Rapport introductif à la journée d'étude de thérapeutique psychiatrique. Hôpital du Vinatier Lyon. 23 Mai 1959. Journal de médecine de Lyon n° spécial 1959.

38 GUYOTAT J. MARIN A. Incidence de la chimiothérapie sur la durée d'hospitalisation des malades mentaux. Revue lyonnaise de médecine 10,3. 147-156. 5 févr. 1961.

39 KALINOWSKY. L'électro-chocthérapie après 10 ans de pharmacothérapie. The am. jour of. psych. vol. 120, n° 10 Avr. 1964 p. 944.

40 KLEIN M. Le deuil et ses relations avec les états maniaco-dépressifs. Int. j. psychanal. av. 1940 21, 125 : 153.

41 LAGACHE D. Le travail du deuil. Ethnologie et psychanalyse. Rev. franç. psychanal. 1938, 10,4 693-708.

42 LAMBERT. Les états dépressifs. Supplément des monographies médicales et scientifiques. n° 87-88 juin, oct. 1960 Edit. Wallon (Vichy).

43 LITVAR. Contribution à l'étude des facteurs acquis dans l'étiologie de la psychose maniaco-dépressive. Encéphale 1949, 38, 388, 417.

44 LINGI FA. Combines Drug thérapy compared with electroschok in psychotyc dépression. The am. jour. of psychiatr. vol 120 n° 8 févr. 64 p. 808-810.

45 LUNDQUIST. Le pronostic et l'évolution de la psychose maniaco-dépressive. acta-psychiat. neurol. 1945 suppl. 35, 1-96.

46 MARINIER R. Contribution statistique sur l'utilisation de la sismothérapie dans la psychose maniaco-dépressive et l'ère des neuroleptiques et des thymoleptiques. Thèse Lyon 1961. dactyl.

47 MASSELON. La mélancolie. Alcan édit. Paris 1906.

48 PELLETIER A. (Melle). Les rechutes des malades mentaux à la sortie du service ouvert. Thèse Lyon 1949.

49 PY Cl. Introduction méthodologique à l'étude statistique des réhospitalisations au cours des 60 dernières années à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier. Thèse Lyon 1962.

50 SOMMER A. Analogies et différences des états maniaques et dépressifs. Evol. Psychiat. XIV, 2, 1949, p. 241.

51 ZINAT. Les formes mineures de la mélancolie intermittente. Thèse Lyon 1937.

TABLE DES MATIERES

		Pages
INTRODUCTION		I
1ère PARTIE : LE MATERIEL D'ENQUETE		5
Chapitre I	: Rappel méthodologique	6
Chapitre II :	: Le matériel d'enquête - Répartition par sexe	9
2ème PARTIE : ETUDE SUR L'ETAT CIVIL		14
Chapitre I	: Le facteur ethnique	17
Chapitre II	: Les facteurs professionnels	19
Chapitre III	: Age de 1ère hospitalisation	22
Chapitre IV	: Situation matrimoniale	26
Chapitre V	: Diagnostics d'hospitalisation et diagnostics globaux.	29
Chapitre VI	: Evolution par année des malades entrant pour la 1ère fois	33
Chapitre VII	: Origine urbaine et rurale	37
Chapitre VIII	: Les Décès	40
3ème PARTIE : ETUDE DU NOMBRE DES HOSPITALISATIONS ET DE LEUR DUREE		
Chapitre I	: Etude du nombre d'hospitalisations	46
Chapitre II	: Etude des durées des hospitalisations Tendances générales	52
Chapitre III	: Variation des durées des deux premières hospitalisations	56
Chapitre IV P	: Répartition des durées des hospitalisations et des intervalles libres jusqu'à la 4ème hospitalisation.	74
Chapitre V	: Problèmes méthodologiques.	78
CONCLUSIONS		82
BIBLIOGRAPHIE		84

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

1ère PARTIE : LE MATERIEL D'ENQUETE

Chapitre I : Rappel méthodologique
Chapitre II : Le matériel d'enquête - Répartition par sexe

2ème PARTIE : ETUDE SUR L'ETAT CIVIL

Chapitre I : Le facteur ethnique
Chapitre II : Les facteurs professionnels
Chapitre III : Age de 1ère hospitalisation
Chapitre IV : Situation matrimoniale
Chapitre V : Diagnostics d'hospitalisation et diagnostics globaux.
Chapitre VI : Evolution par année des malades entrant pour la 1ère fois
Chapitre VII : Origine urbaine et rurale
Chapitre VIII : Les Décès

3ème PARTIE : ETUDE DU NOMBRE DES HOSPITALISATIONS ET DE LEUR DUREE

Chapitre I : Etude du nombre d'hospitalisations
Chapitre II : Etude des durées des hospitalisations Tendances générales
Chapitre III : Variation des durées des deux premières hospitalisations
Chapitre IV P : Répartition des durées des hospitalisations et des intervalles libres jusqu'à la 4ème hospitalisation.
Chapitre V : Problèmes méthodologiques.

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE